



VAASAN YLIOPISTO

HANNU KARHU

HARRI LUOMALA

Kuluttajien terveystietouteen,
-asenteisiin ja -käyttäytymiseen vaikuttaminen
kommunikaation avulla

*Erityistarkastelussa räätälöidyt
uhkaviestit*

VAASAN YLIOPISTON JULKAISUJA

SELVITYKSIÄ JA RAPORTEJA 176

VAASA 2012



Euroopan unioni
Euroopan aluekehitysrahasto

Vipuvoimaa
EU:lta
2007–2013

Vaasan yliopisto – University of Vaasa
PL 700 – P.O. Box 700 (Wolffintie 34)
FI-65101 VAASA
Finland

www.uwasa.fi

ISBN 978–952–476–403–2

ISSN 1238–7118 = Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja

© Vaasan yliopisto

Julkaisija Vaasan yliopisto		Julkaisuajankohta Kesäkuu 2012	
Tekijä(t) Hannu Karhu Harri Luomala	Julkaisun tyyppi Tutkimusraportti		
	Julkaisusarjan nimi, osan numero Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja, 176		
Yhteystiedot Vaasan yliopisto Markkinoinnin yksikkö / Epanet Foodwest Oy Vaasantie 1 C 60100 Seinäjoki	ISBN 978–952–476–403–2		
	ISSN 1238–7118		
	Sivumäärä 130	Kieli suomi	
Julkaisun nimike Kuluttajien terveystietouteen, -asenteisiin ja -käyttäytymiseen vaikuttaminen kommunikaation avulla – erityistarkastelussa räätälöidyt uhkaviestit			
Tiivistelmä Terveysviestintä koetaan usein toimintaohjeiden tai suositusten välittämisenä väestölle. Voidaanko se valjastaa paremmin kuluttajien terveyteen liittyvien ajattelu- ja käyttäytymismallien muuttamisen työkaluksi, kun suunnittelussa hyödynnetään kuluttajakäyttämisen teorioita ja ideoita? Markkinointiviestintä pyrkii usein muuttamaan kuluttajakäyttämistä räätälöinnin avulla. Miten kuluttajia voidaan ryhmitellä terveyden kokemuksen pohjalta, ja voidaanko tätä tietoa hyödyntää räätälöidyssä viestinnässä kuluttajien terveyteen liittyvien ajattelu- ja käyttäytymismallien parantamiseksi entistä tehokkaammin? Tässä tutkimuksessa tärkein kuluttajien ryhmittelytapa perustui terveyden tavoittelun perimmäisten syiden monimuotoisuuteen. Ymmärrys näistä eroista terveystietoisuudessa linkitettiin osaksi terveysuhkaviestintää, jonka tuloksena syntyi kaksi räätälöityä ja yksi räätälöimätön viesti. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kolmivaiheista nettikyselyä (n=1081). Intervention vaikutuksia mitattiin vertaamalla terveystietoisuusrakenteiden (5 kpl) ruokavalion laatua, ravitsemustietämystä ja ruoka-asenteita ensimmäisen ja kolmannen vaiheen välillä. Vastaavia analyysejä tehtiin myös demografisiin tekijöihin ja ruoka-asenteisiin perustuvilla ryhmittelyillä. Tutkimuksen merkittävin yleistason löydös on se, että noin neljäsosa suomalaisista ei tällä hetkellä usko tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen. Tulosten mukaan kuluttajien erilaisuuden huomioiva kohderyhmien määrittely on mielekästä. Esimerkiksi tunnistetut terveystietoisuusrakenteet erosivat toisistaan useiden taustaominaisuuksien, terveystietoisuuden ja käyttäytymismuotojen suhteen. Terveystietoisuusrakenteiden räätälöimisen tehokkuuteen viittaavat lähinnä 1) tulokset eri viestien paremmasta puhuttelevuudesta tietyissä terveystietoisuusrakenteissa ja 2) tulokset kevytvoitekiinnostuksen ja herkuttelunhimon hyväksymisen loogisista positiivisista ja negatiivisista muutoksista tietyissä asenneryhmissä. Kuitenkin kokonaisuutena tarkastellen räätälöinnin tuomaa lisäarvoa ei voitu aukottomasti todistaa. Silti viestin sisällöstä riippumatta jotkin kuluttajaryhmät reagoivat eri tavalla interventioon. Tämä kertoo kohderyhmien ymmärtämisen tärkeydestä.			
Asiasanat kuluttajaryhmittely, interventio, terveystietoisuus, terveystietoisuus			

Publisher University of Vaasa		Date of publication June 2012	
Author(s) Hannu Karhu Harri Luomala	Type of publication Research report		
	Name and number of series Proceedings of the University of Vaasa. Reports, 176		
Contact information University of Vaasa Department of Marketing/EPANET Foodwest Ltd. Vaasantie 1 C FI-60100 Seinäjoki Finland	ISBN 978-952-476-403-2		
	ISSN 1238-7118		
	Number of pages 130	Language Finnish	
Title of publication Changing consumers' health knowledge, attitudes and behavior through communication – The case of tailored threat messages			
Abstract Health communication usually conveys health instructions and recommendations to the general public. Can it work better in changing consumers' health-related cognitions and behaviors, if the theories and ideas from consumer research are utilized while planning it? Marketers often seek to change consumer behavior with the help of tailored messages. How can consumers be grouped on the basis of their health motives and can this knowledge be used in tailored communication to achieve improvements in their health-related cognitions and behaviors. In this research, the main way of segmenting consumers was based on identifying the versatility of reasons for pursuing health. Understanding these differences in consumers' health-related motives guided the content design of health threat messages – resulting in two tailored and one untailored message. A three-phased internet-survey (n=1081) served as the research method. The effects of intervention were measured by comparing the quality of the diet, nutrition knowledge and food attitudes of the five identified health-related motive groups at the first phase to those at the third phase. Similar analyses were also conducted with consumer groups formed on the basis of demographic and attitudinal factors. Perhaps the most significant general finding is that one quarter of the Finns does not believe that saturated fat is dangerous. According to the results, taking the diversity of consumers into account in the target group definition is crucial: the health-related motive groups differed in terms of their characteristics, health beliefs and behaviors. Certain results speak for the power of tailored health threat messages: 1) some messages were more persuasive in certain health-related motive groups and 2) logical positive and negative changes in the light product interest and craving for sweet foods were found in certain attitude-based groups. Generally, however, the value of tailoring could not be proved. Yet, some consumer groups reacted to the intervention differently regardless of the message content. This is a signal for the importance of target group understanding.			
Keywords consumer segmentation, intervention, health motives, health communication			

ESIPUHE

Käsillä oleva raportti esittelee osana ”Terveelliset valinnat: räätälöidyt syömisen ja liikkumisen mallit” -hankekokonaisuutta toteutetun interventiotutkimuksen keskeiset löydökset ja implikaatiot. TERVAS oli monivuotinen hanke (1.1.2009–31.3.2012), jonka toteuttivat yhteistyössä Vaasan yliopisto, Turun yliopisto ja Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Lisäksi mukana oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja rahoittajaosapuolina eteläpohjalaisia kuntia, elintarvikealan yrityksiä sekä TEKES. TERVAS-hankkeen yleisenä pyrkimyksenä oli tuottaa tieteellistä ymmärrystä eteläpohjalaisten kuluttajien ruokaan ja syömiseen liittyvistä ajatus- ja käyttäytymismalleista ja kehittää niihin pohjautuen tehokkaita räätälöityjä interventiomalleja tukemaan ja edistämään Etelä-Pohjanmaan hyvinvointia.

Tässä raportissa käsiteltävän interventiotutkimuksen tarkoituksena on ollut analysoida räätälöidyn terveystietoutteen, -asenteisiin ja -käyttäytymiseen. Viestien räätälöiminen perustui monipuoliseen ja syvälliseen kohderyhmäymmärrykseen. Kohderyhmiä tunnistettiin useilla vaihtoehtoisilla demografisilla ja psykograafisilla lähestymistavoilla. Intervention tehokkuutta mitattiin muutoksilla painoindeksissä, ruokavalion laadussa, ravitsemustietämyksessä ja ruoka-asenteissa.

Tutkimuksen suunnittelusta ja käytännön toteuttamisesta on vastannut Vaasan yliopiston Harri Luomala ja Hannu Karhu. Lisäksi Seinäjoen ammattikorkeakoulun ja Turun yliopiston TERVAS-tiimiläiset Merja Finne, Annu Peltoniemi, Kaija Nissinen, Anu Hopia ja Hanna-Leena Hietaranta-Luoma ovat myötävaikuttaneet tutkimuksemme onnistumiseen.

Arvostamme joustavaa kumppanuuttamme Foodwest Oy:n markkinatutkimustii-min ja mainostoimisto Wallenius-Laitamäki Oy:n kanssa. Heidän suhtautumisensa yllättäviin tilanteisiin ja suunnitelmiamme muutostarpeisiin oli aina ymmärtäväistä ja ammattimaisen rakentavaa.

Erityisen lämpimästi kiitämme hyvästä yhteistyöstä TERVAS-hankkeeseen osallistuneita yrityksiä: Atria Suomi Oy, Ilmajoen Osuusmeijeri, Domretor Oy, Linseed Protein Finland Oy ja Kauhajoen LaatuLeipurit Oy. Ilman näiden yritysten edustajien sitoutumista ja aktiivisuutta tätä tutkimusta ei olisi voitu toteuttaa. Uskomme tutkimuksemme tuottamien löydöksiä ja oivallusten hyödyllisyyteen suomalaisten hyvinvoinnin edistämistyössä. Kylväköön TERVAS-hanke myönteisen muutoksen siemenen!

Seinäjoella toukokuun toiveikkoudessa 2012,

Harri Luomala

Hannu Karhu

Sisällys

ESIPUHE.....	VII
1 JOHDANTO.....	1
1.1 Räätelöidyn terveysviestinnän teoria.....	5
1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet.....	10
1.3 TERVAS-hanke	11
2 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET VALINNAT	13
2.1 Tutkimusasetelma	13
2.2 Tutkimuksen keskeisten käsitteiden operationalisointi.....	14
2.3 Interventioviestien kehittäminen.....	16
2.4 Tutkimuksen käytännön toteuttaminen	22
2.5 Tutkimukseen osallistuneiden taustaominaisuudet	25
2.6 Tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen	28
3 TULOKSET: MITEN KIINNOSTUS TERVEYTTÄ KOHTAAN NÄKYY ERI KULUTTAJARYHMISSÄ?	32
3.1 Sukupuolen perusteella muodostetut ryhmät.....	32
3.2 Terveysmotiivien erilaisen painottamisen perusteella muodostetut ryhmät.....	34
3.2.1 Terveysmotiivipohjaisten kuluttajaryhmien profilointi	36
3.2.2 Erot viestien kokemisessa terveysmotiiviryhmien välillä.....	41
3.3 Itse- ja muukeskeisten terveysmotiivien painottamisen perusteella muodostetut ryhmät.....	44
3.4 Ruoka-asenteiden perusteella muodostetut ryhmät.....	48
3.5 Yhteenvedo	51
4 TULOKSET: INTERVENTION VAIKUTUKSET	53
4.1 Kaikki vastaajat ja sukupuolten perusteella muodostetut ryhmät	53
4.1.1 Intervention vaikutukset painoindeksiin ja ruokavalion terveellisyyteen eri viestin vastaanottaneiden ryhmissä ja sukupuolen perusteella muodostetuissa ryhmissä.....	54
4.1.2 Intervention vaikutukset ruoka-asenteisiin eri viestin vastaanottaneiden ryhmissä ja sukupuolen perusteella muodostetuissa ryhmissä	57
4.2 Terveysmotiivien erilaisen painottamisen perusteella muodostetut ryhmät.....	60
4.2.1 Intervention vaikutukset painoindeksiin ja ruokavalion laatuun terveysmotiivien perusteella muodostetuissa ryhmissä.....	60
4.2.2 Intervention vaikutukset ruoka-asenteisiin terveys- motiivien perusteella muodostetuissa ryhmissä.....	62
4.3 Itse- ja muukeskeisten terveysmotiivien perusteella muodostetut ryhmät.....	67

4.3.1	Intervention vaikutukset ruokavalion terveellisyyteen ja ravitsemustietämykseen itse- ja muukeskeisissä terveystoimivipohjaisissa kuluttajaryhmissä	67
4.3.2	Intervention vaikutukset ruoka-asenteisiin itse- ja muukeskeisissä terveystoimivipohjaisissa kuluttajaryhmissä.....	71
4.4	Ruoka-asenteiden perusteella muodostetut ryhmät.....	76
4.4.1	Intervention vaikutukset ruokavalion laatuun ja ravitsemustietämykseen kevyttuotekiinnostukseen ja herkuttelunhimoa suhtautumisen perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä.....	76
4.4.2	Intervention vaikutukset ruoka-asenteisiin kevyttuotekiinnostukseen ja herkuttelunhimoa suhtautumisen perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä.....	80
4.5	Normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen huomioiminen tuloksissa.....	85
4.5.1	Normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella tunnistettujen kuluttajaryhmien eroavaisuudet	86
4.5.2	Intervention vaikutukset normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä.....	87
4.6	Yhteenveto ja johtopäätökset intervention vaikutuksista	90
5	JOHTOPÄÄTÖKSET	95
5.1	Liikkeenjohdolliset implikaatiot	95
5.2	Yhteiskunnalliset implikaatiot	97
5.3	Akateemiset implikaatiot	99
	LÄHTEET	102
	LIITTEET.....	108

Kuviot

Kuvio 1.	Terveysviestien evoluutio.....	20
-----------------	--------------------------------	----

Taulukot

Taulukko 1.	Interventiotutkimuksen yleishahmotelma	13
Taulukko 2.	Intervention sisältöjen kannalta keskeisten terveystieteiden eroavaisuudet väittämätasolla.	17
Taulukko 3.	Pilottitestien osanottajamäärät.....	19
Taulukko 4.	Vastaajamäärät interventiotutkimuksen eri vaiheissa.....	25
Taulukko 5.	Tutkimuksen 1. ja 3. vaiheisiin vastanneiden ikä- ja sukupuolirakenne.....	26
Taulukko 6.	Tutkimuksen 1. vaiheeseen vastanneiden asuinpaikat (N=2102).....	27
Taulukko 7.	Tutkimuksen 1. vaiheeseen vastanneiden koulutus (N=2102).....	27
Taulukko 8.	Tutkimuksen 1. vaiheeseen vastanneiden työtilanne (N=2102).....	27
Taulukko 9.	Tutkimuksen 1. vaiheeseen vastanneiden siviilisäätö ja perhekoko (N=2102).....	28
Taulukko 10.	Sukupuolen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien vertailu painoindeksiin, ruokavalion laadun ja ravitsemustietämyksen perusteella (N=1995).	33
Taulukko 11.	Sukupuolen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien vertailu terveys- ja makuasenteiden perusteella (N=1995).....	33
Taulukko 12.	Kuluttajien ryhmittelyä varten muodostettujen tekijöiden reliabiliteetit.	34
Taulukko 13.	Kuluttajaryhmien tunnistaminen erilaisten terveystieteiden painottamisen perusteella. (N=1995).....	35
Taulukko 14.	Terveystietämyspohjaisten kuluttajaryhmien demografiset ja ravinnon käyttöön liittyvät ominaispiirteet. (N=1995).....	36
Taulukko 15.	Terveystietämyspohjaisten kuluttajaryhmien ruokaan liittyvät terveys- ja makuasenteet.	37
Taulukko 16.	Teorianmukaiset eroavaisuudet terveystieteiden kokemusissa terveystietämyspohjaisissa kuluttajaryhmissä.....	43
Taulukko 17.	Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietämyksen perusteella profiloituneet kuluttajaryhmät.....	44
Taulukko 18.	Itsehallinnan perusteella profiloituneet kuluttajaryhmät.	45
Taulukko 19.	Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietämyksen perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksiin suhteen.	46
Taulukko 20.	Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietämyksen perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien ruoka-asenteet.....	46

Taulukko 21.	Itsehallinnan terveystiivin perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.....	47
Taulukko 22.	Itsehallinnan terveystiivin perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien ruoka-asenteet.	47
Taulukko 23.	Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella profiloituneet kuluttajaryhmät.....	48
Taulukko 24.	Herkutteluhimon voimakkuuden perusteella profiloituneet kuluttajaryhmät.....	49
Taulukko 25.	Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.....	49
Taulukko 26.	Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien ruoka-asenteet.....	50
Taulukko 27.	Herkutteluhimon voimakkuuden perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.....	50
Taulukko 28.	Herkutteluhimon voimakkuuden perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien ruoka-asenteet.	51
Taulukko 29.	Vastaajamäärät intervention ensimmäisessä ja kolmannessa vaiheessa aineiston tarkistamisen jälkeen.	53
Taulukko 30.	Intervention vaikutus koko aineistossa painoindeksiin ja ruokavalion laatuun.	54
Taulukko 31.	Intervention vaikutus ravitsemustietämyksen tasoon (0–8) eri viestin vastaanottaneissa ryhmissä.	55
Taulukko 32.	Sukupuolten väliset erot painoindeksissä ja ruokavalion laadussa intervention eri vaiheiden välillä.....	56
Taulukko 33.	Sukupuolten väliset erot ravitsemustietämyksessä intervention eri vaiheiden välillä.....	56
Taulukko 34.	Intervention vaikutus ruoka-asenteisiin koko vastaaja-populaatiossa.	57
Taulukko 35.	Intervention vaikutus ruoka-asenteisiin sukupuolten välisessä vertailussa.....	58
Taulukko 36.	Sukupuolten väliset erot itsetarkkailun suhteen.	60
Taulukko 37.	Terveystiiviryhmien tulokset painoindeksin ja rasvan määrää mittaavien tutkimusten kohdalla.....	61
Taulukko 38.	Terveysviestien vaikutukset terveystiivipohjaisten kuluttajaryhmien ruoka-asennemittarin terveystulottuvuuksiin. .	63
Taulukko 39.	Terveysviestien vaikutukset terveystiivipohjaisten kuluttajaryhmien ruoka-asennemittarin maku-ulottuvuuksiin. ..	64
Taulukko 40.	Merkitsevät erojen muutos ($p \leq 0,05$) ruoka-asenteissa tutkimusvaiheiden välillä.	66
Taulukko 41.	Sosiaalisen vastuullisuuden terveystiivin perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun suhteen.	68
Taulukko 42.	Itsehallinnan terveystiivin perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun suhteen.	69

Taulukko 43.	Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietämyksen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ravitsemustietämyksen suhteen.....	70
Taulukko 44.	Itsehallinnan terveystietämyksen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ravitsemustietämyksen suhteen.....	71
Taulukko 45.	Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietämyksen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin terveystietämyksistä.....	72
Taulukko 46.	Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietämyksen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin maku-ulottuvuuksista.....	73
Taulukko 47.	Itsehallinnan perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin terveystietämyksistä.....	74
Taulukko 48.	Itsehallinnan perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin maku-ulottuvuuksista.....	75
Taulukko 49.	Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun suhteen.....	77
Taulukko 50.	Herkutteluhimon voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun suhteen.....	78
Taulukko 51.	Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ravitsemustietämyksen suhteen.....	79
Taulukko 52.	Herkutteluhimon voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ravitsemustietämyksen suhteen.....	80
Taulukko 53.	Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin terveystietämyksistä.....	81
Taulukko 54.	Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin maku-ulottuvuuksista.....	82
Taulukko 55.	Herkutteluhimon perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin terveystietämyksistä.....	83
Taulukko 56.	Herkutteluhimoon suhtautumisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin maku-ulottuvuuksista.....	84
Taulukko 57.	Normatiivisen uskomuksen tyydyttyneen rasvan vaarallisuudesta omaavien mies- ja naisvastaajien jakautuminen viestien vastaanottajaryhmiin.....	86
Taulukko 58.	Normatiivisen rasvauskomuksen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien vertailu ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.....	86
Taulukko 59.	Normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien vertailu ruoka-asenteiden suhteen.....	87

Taulukko 60.	Intervention vaikutus normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien ruokavalion laatuun, ravitsemustietämykseen ja paino- indeksiin.	88
Taulukko 61.	Intervention vaikutus normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien ruokaan liittyviin terveysasenteisiin.	88
Taulukko 62.	Intervention vaikutus normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien ruoan makuasenteisiin.	89
Taulukko 63.	Tutkimuksessa muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laatua mittaavista kyselyistä intervention eri vaiheissa.	92

1 JOHDANTO

Yleisradion MOT-ohjelmassa nostettiin esiin syyskuussa 2010 keskustelu siitä, että ovatko tyydyttyneet rasvat oikeasti suurin ongelma suomalaisessa ruokavaliossa. Ohjelmassa esiteltiin tutkimustuloksia siitä, että tyydyttyneen rasvan saannilla ja sepelvaltimotautien yleisyydellä ei ole havaittavissa olevaa yhteyttä. Lisäksi ohjelmassa väitettiin, että tyydyttyneiden rasvojen korvaaminen kasvirasvoilla on jopa lisännyt sydäntautien riskiä (Yle uutiset 2010). Tämä on johtanut viime aikoina tietynlaisten ruokavalioiden suosion kasvuun, kuten matalahiilihydraattinen ruokavalio, eli suomalaisittain karppaus. Karppauksen kehitti nykymuotoonsa Robert C. Atkins 1970-luvulla. Tässä ruokavaliossa hiilihydraatteja ja muita sokereita sekä kasvisrasvavalmisteita korvataan lihalla, kalalla ja pähkinöillä. (Hakala 2002). Ruokavalion tehokkuudesta on saatavilla tieteellistä näyttöä erityisesti painonpudotuksen kannalta verrattuna esimerkiksi vähärasvaiseen ruokavalioon (Gardner, Kiazand, Alhassan, Kim, Stafford, Balise, Kraemer & King 2007.) Tutkimukseen osallistuneet ylipainoiset tai liikalihavat naiset saivat Atkinsin dieetin avulla pudotettua painoaan muita menetelmiä tehokkaammin ja lisäksi mitatut terveysindikaattorit kohenivat eniten.

Kuitenkin jo tätä kirjoitettaessa vajaan kaksi vuotta myöhemmin, on vähähiilihydraattisen ruokavalion terveysvaikutuksia alettu tarkastelemaan entistä kriittisemmin. Vaikka tämä ruokavalio on ollut olemassa jo kohta 40 vuotta, ei pitkittäisvaikutuksia ole ennen tätä viimeaikaista suosion nousua tutkittu aktiivisesti. Jo ennen tätä MOT-ohjelmasta alkanutta rasvakeskustelua on julkaistu tutkimustuloksia, joiden mukaan kuolleisuus oli korkeampi henkilöillä, joiden energiansaanti perustui suhteellisesti enemmän proteiineihin ja vähemmän hiilihydraatteihin. (Lagiou, Sandin, Weiderpass, Lagiou, Mucci, Trichopoulos & Adami 2007). Lisäksi karppaamisilmiön yleistyttyä on julkaistu tutkimuksia, joiden perusteella eläinkunnan rasvoin ja lihaan painottuva vähähiilihydraattinen ruokavaliomalli on ollut yhteydessä lisääntyneeseen sydän- ja verisuonitautivaaraan. (Siri-Tarino, Sun, Hu, & Krauss 2010.) Myös eri terveystahot kotimaassa ovat nousseet selvittämään karppauksen mahdollisia terveysvaikutuksia ja Terveystieteiden tutkimuslaitoksen (THL) Finriski 2012 -tutkimuksen näkökulmana tulee olemaan se, että miten tällaisten ”muotiruokavalioiden” vaikutus näkyy suomalaisten terveydentilassa (THL 2012). THL:n Pekka Puskan johtajan Helsingin sanomille antamassa haastattelussa kritisoidaan rasvaisten valintojen terveysvaikutuksia ja mietitään miten rasvankäytön lisääntyminen näkyy tulevassa Finriski-tutkimuksessa (Helsingin sanomat 30.9.2011). Kuluttajat saavat siis samanaikaisesti voimakasta tietoa ruokavalion eduista ja haitoista, ja tämä johtaa taas uudenlaisten ruokavaihtoehtojen suosion nousuun.

Ylen herättämä rasvakeskustelu ja sen synnyttämät ruokavalion sisällön muutokset kertovat osaltaan siitä, kuinka elävä ja vaikutuksille altis kenttä kuluttajien terveyskäyttäytyminen on. Lisäksi tämä kertoo sen, kuinka tärkeä osa ruoka on ihmisen elämää, ja kuinka hanakasti he tarttuvat heidän ruokavalionsa laatua koskeviin väitteisiin. Mielenkiintoista tässä viimeaikaisessa rasvakeskustelussa on erityisesti ollut se, että kuinka jo vuosikymmeniä ollut yleisesti hyväksytty ruokavalioväite tyydyttyneiden rasvojen vaarallisuudesta kumottiin lähes yhdessä illassa. Edellä mainitusta Pekka Puskan haastattelusta voi nostaa esiin yhden tätä tilannetta hyvin kuvaavan sitaatin:

”Jos on kymmenentuhatta tutkimusta, aina voi ottaa mieleisiään näkökohtia esille.”

Eli eräällä tavalla kuluttajat, jotka söivät liikaa tyydyttynyttä rasvaa, tai yksinkertaisesti vain pitivät rasvaisesta ruoasta, saivat tämän rasvakeskustelun myötä eräänlaisen oikeutuksen ruokavaliolleen. Rasvakeskustelu iski kaikista pahimmin juuri 1970-luvulla aloitetun Pohjois-Karjala -projektin tuloksiin, jossa lähes 25 vuotta kestäneessä hankkeessa saatiin vähennettyä sydänkuolleisuuden määrää 85 % Pohjois-Karjalan alueella vuoteen 1960 verrattuna. Projektin toiminta jatkuu nykyään Pohjois-Karjalan kansanterveystyön keskuksen alaisuudessa. (Pohjois-Karjalan Kansanterveyden keskus 2006.) Vaati siis vuosien työn, että ihmisten kulutuskäyttäytyminen saatiin muutettua terveellisempään suuntaan tyydyttyneen rasvan kannalta. Tämä kertoo osaltaan siitä, kuinka vaikea kenttä terveyskäyttäytymisen muuttaminen on, etenkin kun pyritään saamaan kuluttajia muuttamaan käyttäytymistään niiden tuotteiden osalta, joista he pitävät.

Ruokavalintojen vaikutusta terveyteen on alettu huomioimaan tarjoamalla kuluttajille enemmän ja enemmän ravitsemussuosituksia sisältäviä elintarvikkeita. Oli sitten kyseessä kevyttuotteet tai karppaus-ilmion mukana tuomat vähähiilihydraattiset vaihtoehdot, voidaan sanoa, että suomalaisille on tarjolla enemmän terveellisiä vaihtoehtoja. Samaan aikaan kuitenkin esimerkiksi ylipainoisten määrä ($BMI \geq 25$) on noussut vuodesta 1979 vuoteen 2008 miesten ja naisten osalta noin 10 %. Vuonna 2008 56 % miehistä ja 44 % naisista oli itse ilmoittamiensa mittojen mukaan ylipainoisia. (Helakorpi, Laitanen, Absetz, Torppa, Uutela & Puska 2007; Helakorpi, Paavola, Prättälä & Uutela 2009:13.) Ruokavalion ravintosisällön voisi olettaa olevan helposti korjattava terveyskäyttäytymisen ominaisuus, mutta kuten Pohjois-Karjala -projekti osoitti, näin se ei ole. Etenkin jos kuluttajille tarjotaan ristiriitaista tietoa siitä, mitä heidän on terveellistä syödä.

Pohjois-Karjala -projekti oli yksi esimerkki onnistuneesta terveysinterventiosta. Terveiden edistäminen vähentämällä sairastumisriskiä ja vaikuttamalla kuluttajien terveysvalintoihin mahdollistaa terveyshyötyjen saavuttamisen koko väestössä.

Samalla pystytään vähentämään terveydenhuollon kuluja. Terveysinterventioita voidaan toteuttaa monenlaisilla tavoilla, joko esimerkiksi terveysalan ammattilaisen ja intervention kohteen suoralla vuorovaikutuksella, tai esimerkiksi tuomalla intervention kohteen läheiset ihmiset mukaan kannustamaan käyttäytymisen muutokseen. Intervention toimivuuden arviointi on kuitenkin erittäin haastavaa. Siinä pitää arvioida sekä intervention tulos, että itse intervention toteuttamistapa. Lisäksi mikäli interventio epäonnistuu, tulee ongelman lähdettä etsiä intervention taustalla toimineesta teoriasta tai sen toimeenpanosta. Julkisilla terveysinterventioilla viitataan menetelmiin, joilla pyritään suojelemaan terveyttä tai ennaltaehkäisemään sairauksia yhteisöissä tai populaatioissa. Kliinisillä interventioilla viitataan yksilötason pyrkimyksiin hoitaa tai ehkäistä sairautta. (Rychetnik, Frommer, Howe & Shiell 2002.) Lisäksi tarkemmin määriteltynä primaaripreventiolla pyritään vaikuttamaan sairastumisriskin omaaviin henkilöihin ja sekundaaripreventiolla pyritään vaikuttamaan jo sairastuneisiin henkilöihin. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008: 19.)

Intervention toimivuutta arvioitaessa ei pitäisi tarkastella ainoastaan tulosten uskottavuutta, vaan myös sen kokonaisvaikutusta ja tulosten siirrettävyyttä. Lisäksi on hyvä tiedostaa mitkä olivat intervention odotettuja tuloksia ja mitkä sellaisia, joita ei interventiota suunniteltaessa osattu odottaa. (Rychetnik ym. 2008.) Kaikki pienetkin tulokset tulee huomioida, sillä ne voivat olla tärkeitä kokonaisuuden kannalta. Elämäntapamuutosten terveysvaikutukset näkyvät yleensä viipeellä, joten terveydentilaa mittaavat instrumentit täytyy valita sen mukaisesti. Usein intervention tuloksia käytetään eräänlaisina välituloksina, joilla pyritään arvioimaan vaikuttavuutta tulevaisuudessa. Välitulosta pitää silti voida mitata riittävän yksikäsitteisesti. (Kiiskinen ym. 2008: 21.)

Suomalaisessa väestössä toteutettavat interventiot ovat tavallisesti sidottu yleisiin suomalaisten terveysongelmiin, jotka linkittyvät esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteihin, lihavuuden lisääntymisen myötä 2. tyypin diabetekseen ja esimerkiksi liikunnan lisäämiseen. (Kiiskinen ym. 2008: 25–45.) Tässä raportissa käsiteltävän tutkimuksen näkökulma on sydän- ja verisuonitauksissa. Koeasetelmassa tyydyt-tyneen rasvan määrää ruokavaliossa pyritään vähentämään motivoimalla kuluttajia lähettämällä heille eri tavoilla kohdistettua terveysviestintää. Tällainen interventiomenetelmä on määritelmien mukaan julkinen interventio ja tarkemmin kuvattuna primaaripreventio. Kyseessä on siis puhtaasti terveysviestintään perustuva interventio, jossa painotetaan erityisesti ravitsemuksen vaikutusta terveyteen. Ravitsemukseen liittyviä interventioita on toteutettu edellä mainitun Pohjois-Karjala -projektin lisäksi useita. Tosin ravintotekijät olivat vain yksi Pohjois-Karjala -projektin näkökulmista, mutta kuitenkin tämän tyyppinen tutkimus oli Suomessa

ensimmäinen tämän mittakaavan projekti. Muualla maailmassa vastaavia interventiotutkimuksia on jo kyllä tehty.

Brunner, Thorogood, Rees & Hewitt (2005) selvittivät, että voidaanko ravitsemusneuvonnalla vähentää sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Ravitsemusneuvontaa annettiin suullisesti ja kirjallisesti ja lisäksi osassa tutkimuksista käytettiin ryhmäneuvontaa. Tutkimuksessa verrattiin neuvontaa saaneita niihin, jotka eivät olleet saaneet mitään neuvontaa. Tulosten mukaan neuvontaan osallistuneiden kolesterolin ja verenpaineen arvot alenivat ja ravitsemus muotoutui enemmän suositusten mukaiseksi kontrolliryhmään verrattuna. Thompson, Summerbell, Hooper, Higgins, Little & Talbot (2003) selvittivät sitä, että voidaanko ravitsemusterapeutin antamalla neuvonnalla alentaa veren kolesteroliarvoja verrattuna lääkärin neuvoihin tai omatoimiseen tutustumiseen materiaaleihin. Intervention tuloksena todettiin, että ravitsemusterapeutin antama ohjaus oli hieman tehokkaampaa kuin lääkärin neuvonta, mutta myös omatoiminen tutustuminen tuotti lupaavia tuloksia. Murray, Lauer, Hutubessy, Niessen, Tomijima & Rodgers (2003) tarkastelivat voidaanko yksilö- tai väestötason interventiolla alentaa tehokkaammin riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Yksilötason menetelminä olivat henkilökohtainen opetus ja neuvonta, kun taas väestötason interventiossa käytettiin kampanjaa suolan käytön vähentämiseksi. Vaikutusten osalta voitiin todeta, että yksilötason lähestymisellä saavutettiin kohtuullisia tuloksia ruokavalion muuttamisessa. Kuitenkin kun otettiin huomioon, että massakampanjan avulla saatiin myös suotuisia tuloksia, oli se huomattavasti kustannustehokkaampi menetelmä saada tuloksia. Lopputuloksena suositeltiin yhdistämään menetelmiä, jotta interventiosta saataisiin tehokas sekä lyhyellä että pitkällä tähtäimellä.

Näistä edellä mainituista tutkimuksista erityisesti viimeiseksi käsitelty Murray ym. (2003) luo mielenkiintoisen näkökulman tähän käsillä olevaan tutkimukseen. Tämä nyt raportoitava interventiotutkimus toteutetaan alhaisen intensiteetin menetelmällä, sillä tutkittavia lähestytään ainoastaan terveystietoisuudella, ja tämän jälkeen tarkkaillaan miten tämä viestinnälle altistuminen on vaikuttanut terveystietoisuuteen valikoiduissa mittareissa. Tätä menetelmää voisi verrata massakampanjaan, sillä terveystietoisuuden prosessoiminen ja siitä johtopäätösten tekeminen jää puhtaasti viestin vastaanottajan vastuulle. Tämä toteutettu interventiotutkimus eroaa näistä kolmesta esimerkki-interventiosta niin, että tässä tutkimuksessa terveystietoisuuden suunnitteluun on otettu mallia kuluttajakäyttäytymisen teorioista ja malleista, erityisesti kohderyhmälähtöisyydestä. Seuraavassa luvussa käsitellään tarkemmin sitä, millaisten teorioiden varassa terveystietoisuutta voidaan toteuttaa, ja ennen kaikkea sitä, että miten eri kuluttajaryhmille voidaan räätälöidä viestejä heidän terveyteen liittämien ajatusten ja toimintamallien perusteella.

1.1 Räätelöidyn terveystietokannan teoria

Terveys- ja markkinointiviestintä ovat kehittyneet rinta rintaan jo vuosia. Nykyään ymmärretään, että molempia suunniteltaessa pitää ottaa huomioon kohdeyleisö, viestin haluttu vaikutus, viestin sisältö, viestintäkanava ja viestin lähettäjän ilmaiseminen, eivätkä viralliset terveystietokannat saa enää olla pelkkiä tiedonantoja koko väestölle (Wilson 2007). Suurin ero kuitenkin perinteisellä markkinointiviestinnällä ja terveystietokannalla on siinä, että siinä missä markkinointiviestintä rohkaisee kuluttajia tiettyyn käyttäytymiseen, pyrkii terveystietokanta usein kannustamaan kuluttajia tietyn käyttäytymisen vähentämiseen tai lopettamiseen.

Terveystietokannalle on vaikea löytää yhtenäistä määritelmää sen monitieteisyyden takia. Terveystietokannan välineinä voidaan käyttää kaikkia saatavilla olevia joukkoviestinnän muotoja. Terveystietokanta itsessään pitää sisällään monenlaisia osaluokkia, kuten terveystietokannan, terveystietokannan, terveystietokannan (esimerkiksi television laihdutusohjelmat), terveystietokannan, kirjallisen potilasneuvonnan ja terveydenhuollon sisäisen ja ulkoisen viestinnän. Terveystietokanta voi sisällöllisesti perustua tietoon, tunteeseen tai kokemukseen ja olla faktaan perustuvaa tai jopa fiktiivistä. WHO:n mukaan terveystietokanta on keskeisin keino, jolla välitetään yleisölle terveystietoa ja pidetään yllä julkista keskustelua terveystietokannasta (Torkkola 2002: 5–9).

Monimuotoisessa terveystietokannassa on totuttu näkemään monenlaisia tehokeinoja, joilla yleensä pyritään vaikuttamaan viestin vastaanottajan käyttäytymiseen. Terveystietokanta voi perustua faktoihin tai muodostua fiktiivisen ympäristön päälle, joten tavoitellut viestin sisällöt voivat liikkua ilosta ja turvallisuudesta pelkoon ja turvattomuuteen. Terveystietokantaa on tutkittu virallisesti 1950-luvulta lähtien, jolloin yhdysvaltalaisen Yalen yliopiston tutkijat (*The Yale Programme of Research on Communication and Attitude Change*) alkoivat selvittää, että kuinka hyvin paljon pelkoa herättävät viestit kannustavat lukioikäisiä parempaan hammashygieniaan. (Witte, Mayer & Martel 2001:11.) Nykyään tupakan- ja alkoholin käyttöön liittyvässä terveystietokannassa on totuttu näkemään toisinaan äärimmäisiäkin ilmaisukeinoja, joilla pyritään saamaan viestin kohde harkitsemaan nykyisen elämäntapansa järkevyyttä erityisesti uhkakuvien kautta. Terveystietokannan uhkakuvien maalaaminen viestinnässä on levinnyt myös ravintoa ja liikuntaa käsitteleviin terveystietokantoihin. Menetelmän leviäminen myös tähän terveystietokantaa voi johtaa juurensa siitä, että siinä missä tupakointi on vähentynyt aikavälillä 1978–2010 erityisesti miesten osalta ja alkoholinkulutus väheni 2000-luvulta eteenpäin sekä miehillä että naisilla, on ylipainoisten määrä kasvanut samalla aikavälillä yli 10 %. (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2010: 22–26.)

Edellä mainitussa Yalen yliopiston tutkimuksessa uskottiin, että pelko epämiellettävänä olotilana olisi ”negatiivinen kannustin” ja että ihmiset olisivat erityisen halukkaita pääsemään siitä eroon. Tutkimuksessa havaittiin, että helpoin tapa vedota ihmisiin pelon kautta on uhata heitä fyysisillä terveysongelmilla. Tästä syystä suuri osa tätä koetta seuranneista tutkimuksista keskittyi erityisesti siihen, että minkälaisia suoria fyysisiä terveysvaikutuksia annetun viestin uhkakuvalla voisi viestin lukijalle olla. (Witte ym. 2001:12.) Liian jyrkillä viestimuotoiluilla havaittiin kuitenkin olevan jopa käänteisiä vaikutuksia terveystietoisuuden suhteen, joten pelon käyttöä terveysviestinnän tehokeinona ruvettiin arvioimaan uudelleen. Tämä johti odotusarvomallin (*expectancy-value model*) kehittämiseen, joka otti huomioon yksilön koetun alttiuden esitellylle terveysuhalle. Yksilöllisen alttiuden huomioiminen meni vielä askeleen pidemmälle 1970-luvulla terveysuskomusmallin (*health belief model*) kehittämisen myötä, joka alkoi kehittyä kun havaittiin, että röntgenkuviin perustuvat terveysviestit aiheuttivat enemmän toivottuja reaktioita henkilöissä, joista oli jonkun hoidon yhteydessä otettu röntgenkuva (Abraham & Sheeran 2005: 28–29).

Protection Motivation Theory eli suojelumotivaatioteoria alkoi kehittyä 1970-luvulla. Jos viestissä suositellun käyttäytymismallin noudattaminen ei johdakaan pelon vähenemiseen, tai jos viestissä ei ole selkeää suositusta käyttäytymismalliksi, saattaa viestinnän kohde kokea niin paljon pelkoa, että viestin sisällön ajattelua vältellään tai se kielletään. Lähtökohta tälle teorialle oli *fear-drive model*, jonka mukaan oli tärkeää herättää riittävästi pelkoa motivoimaan käyttäytymistä, mutta kuitenkin vain niin paljon, että suositellun käyttäytymisen noudattaminen auttaa kumoamaan pelkoreaktion. Rogers (1975) tuotti suojelumotivaatioteorian kautta käsitteellistä selkeyttä pelkoelementtien käyttöön viestinnässä. Suojelumotivaatioteorian mukaan pelkoon vetoamiseen (*fear appeal*) kuuluu kolme muuttujaa: uhan laatu, annetun uhan toteutumisen todennäköisyys jos mitään toimenpiteitä ei tehdä ja viestin vastaanottajan kyvykkyys ehdotetun toimenpiteen suorittamiseksi. Pelkoelementit välittyvät vastaanottajalle koetun uhan, koetun haavoittuvuuden ja koetun vastareaktiokyvykkyuden kautta, jotka oikealla tavalla välitettynä aktivoivat viestin vastaanottajassa suojelumotivaation (*protection motivation*) ja kannustavat ehdotettuun käyttäytymismuutokseen. (Norman, Boer & Seydel 2005; Witte ym. 2001: 12–19.)

Joissain tutkimuksissa saatiin tukea myös voimakkaammalle pelkoon vetoamiselle. Witte & Allen (2000) osoittivat tekemällä meta-analyysin 98 tutkimuksella joissa on käytetty pelkoon vetoavaa terveysviestintää sen, että mitä voimakkaampi viestin sisältö on, sitä paremmat ovat olleet tulokset. Voimakkaammalla pelotteella ja viestin vastaanottajan oman kyvykkyuden korostuksella on saatu aikaan suurempi aikomus muutokseen ja pysyvämpi asenne- ja käyttäytymismuutos.

Erityisen hyvin pelkoefektit viestinnässä toimivat, kun viestin vastaanottajat vaakuutetaan uhkakuvan vakavuudella sekä heidän henkilökohtaisella haavoittuvaisuudellaan ja heille tarjotaan selkeä toimintasuunnitelma uhan välttämiseksi. Suojelumotivaatioteorian peruseriaatteen toimivat tämän tuloksen mukaan myös silloin kun pelote olisi voimakkaampi. Elliot & Devine (1994) osoittivat kokeessaan, että manipulaatiolla aiheutettu kognitiivinen dissonanssi (psykologinen tila, jossa henkilön tiedot ja asenteet ovat ristiriidassa) aiheutti koehenkilöille psykologisen epämukavuuden tunteen, joka alkoi helpottaa välittömästi kun tutkimuksen kohteille tarjottiin vapaaehtoinen käyttäytymismalli, joka mahdollisti asennemuutoksen.

Vaikka suojelumotivaatioteoria perustuu alun perin 1970-luvulla tehtyyn tutkimukseen, on se edelleen toimivaksi todettu työkalu etenkin terveyden alan tutkimuksissa, mutta sitä on käytetty myös esimerkiksi ympäristön suojeluun (Bender, Martin, & Raish 2006) ja ruoan turvallisuuteen liittyvän käyttäytymisen muuttamiseksi (Cox & Bastiaans 2007). Henson, Blandon, Cranfield & Herath (2010) korostavat suojelumotivaatioteorian menetelmien käytettävyyttä erityisesti ruoan valintaan liittyvissä tutkimuksissa, koska teorian mukaisen uhan luomisella on merkittävä vaikutus tutkittavan henkilön ravintokäyttäytymiseen. Scarpa & Thiene (2011) löysivät lisäksi todisteita siitä, että suojelumotivaatioteorian menetelmät tuovat lisää ymmärrystä siihen, mikä ohjaa kuluttajien valintaa luonnonmukaisten tuotteiden suhteen. Tässä em. tutkimuksessa suojelumotivaatioteoria oli käytössä jo kohderyhmiä tunnistettaessa, eikä esimerkiksi vain osana terveysviestintää. Vaikka eri kohderyhmien tunnistamisen tärkeys tuli esiin jo terveysviestinnän tutkimuksen alkuvaiheessa, on eri tutkimuksissa havaittu yhtä hienovaraisempia tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa viestin sisällön vastaanottamiseen. Murray-Johnson, Witte, Liu, Hubbel, Sampson & Morrison (2001) käyttivät tutkimuksissaan terveysviestin sisällön muuttujana vastaanottajan kulttuuritaustaa. Viesteissä kuvattiin uhkakuvaa (AIDS ja ehkäisy) individualistisesta ja kollektiivisesta näkökulmasta ja tutkimuksen tarkoituksena oli verrata miten nämä erilaiset uhkakuvat toimivat eri kulttuurikontesteissa. Tutkimuksessa meksikolaiset nuoret (kollektiivinen kulttuuri) reagoivat viestin uhkakuviin voimakkaammin, jos viesti käsitteli perhettä ja yhdysvaltalaiset nuoret (individualistinen kulttuuri) reagoivat uhkakuviin voimakkaammin, jos viesti oli muotoiltu yksilölliseksi.

Viestin vastaanottajista voidaan tunnistaa lisäksi muita psykologisia piirteitä, joiden huomioon ottaminen voi vaikuttaa viestin toimivuuteen tietyissä kuluttajaryhmissä. Itsetarkkailu (*self monitoring*) on käyttäytymistieteellinen käsite, jota on tutkittu 1970-luvulta lähtien. Mark Snyder esitti vuonna 1974 itsetarkkailua mittaavan instrumentin, jota tutkijat Lennox ja Wolfe kehittivät eteenpäin vuonna 1984. Teorian mukaan henkilöt, jotka valvovat omaa käyttäytymistään tarkasti,

voidaan luokitella korkean itsetarkkailun omaaviksi. Korkeaa itsetarkkailu edustavat ihmiset reagoivat herkästi ympäristön käyttäytymisvirikkeisiin ja muuttavat käyttäytymistään niiden perusteella (O’Cass 2000). Viestin asettelussa voidaan käyttää oman toiminnan ennusteen (*self-fulfilling prophecy*) elementtejä, jotka voivat aiheuttaa erityisesti korkean itsetarkkailun ryhmissä toivotunlaista reaktiota. Oman toiminnan ennuste on ollut tieteellisessä tutkimuksessa mukana vuodesta 1948, jolloin sitä sovellettiin pankkien toimintaan ja rotuerotteluun. Ilmiön hyödyntäminen käyttäytymistieteissä alkoi kunnolla vuonna 1968, jolloin sen avulla saatiin parannettua satunnaisesti valittujen oppilaiden tuloksia älykkyysosamäärää mittaavassa testissä kertomalla näiden opettajalle, että näiden tiettyjen oppilaiden kohdalla tämä tulisi tapahtumaan. (Jussim 2001: 13830.) Toisin sanoen antamalla henkilölle vihjeen siitä, että tietty asia voi tapahtua, jos annat sen tapahtua, saattaa henkilö käyttäytyä tämän itse-ennusteen mukaisesti. Spangenberg, Sprott, Grohmann & Smith (2003) selvittävät tutkimuksessaan tämän oman toiminnan ennusteen sopivuutta massaviestintään käyttäen menetelmää, jossa he pyysivät viestin vastaanottajaa luomaan mielessään tällaisen itse-ennusteen omasta tulevasta toiminnastaan. Yksinkertaisuudessaan kierrätystä mainostettiin koemielessä fraasilla ”kysy itseltäsi, tuletko kierrättämään?”. Tutkimuksen tulokset osoittivat tällaisen omasta toiminnasta annetun ennusteen toimivuuden ilman mitään muuta kontaktia tutkimukseen osallistuviin. Tutkimuksessa onnistuttiin käyttämään kognitiivista dissonanssia motivoijana, kun se oli yhdistetty oman toimintaa ennustavaan viestiin. Viestien vaikutuksen havaittiin toimivan erityisen hyvin henkilöillä, jotka tarkkailevat omaa käytöstään, eli henkilöihin, joiden itsetarkkailuarvo on korkea.

Roininen, Tuorila, Zandstra, de Graaf, Vehkalahti, Stubenitsky & Mela (2001) ottivat kulttuurikysymyksen vielä laajemmin huomioon tutkimuksessaan, jossa mitattiin suomalaisten, hollantilaisten ja englantilaisten vastaajien asenteita maku- ja terveellisyyttä kohtaan. Tällä pyrittiin luomaan selkeyttä terveystietoa, joka yrittää kaventaa kuilua ravintosuositusten ja kuluttajien ravintotottumusten välillä. Tutkijat käyttivät tämän tutkimuksen mittauksissa apunaan aikaisemmin kehitettyä ruoka-asennemittaria (*health and taste attitude scales*). Ruoka-asennemittari mittaa ruoka-asenteita kuuden terveystietä ja maku-ulottuvuuden kautta ja maiden välillä oli havaittavissa eroavaisuuksia vertailtaessa korrelaatioita eri asenneulottuvuuksien välillä. Tutkimuksessa havaittiin myös, että jokaisessa maa-kohtaisessa aineistossa naiset olivat miehiä kiinnostuneempia syömään terveellisesti ja osoittivat enemmän negatiivista asennetta rasvaista ruokaa kohtaan. Kulttuuritausta ja sukupuoli ovat varmasti avainasemassa lähdettäessä kommunikoidaan terveydestä kuluttajille. Ruoka-asennemittari vie terveystietä kohde-ryhmätuntemuksen henkilöiden asenteisiin, jonka on havaittu olevan yksi tärkeä muutoksen kohde.

Ruoka-asennemittarissa asenteita mitataan sekä terveyden (yleinen terveyskiinnostus, kiinnostus kevyttuotteita kohtaan ja kiinnostus luomutuotteita kohtaan) ja maun (herkuttelun himo, ruoan käyttö palkintona ja nautinnollisuus) kannalta. Raghunathan, Naylor & Hoyer osoittivat tutkimuksessaan, että kuluttajat luokittelevat epäterveellisuuden ja nautinnollisuuden yhteen helpommin, kuin terveellisuuden ja nautinnollisuuden. Lisäksi Oakes (2005) osoitti tutkimuksessaan, että kuluttajien uskomukset tuotteen terveellisyydestä voivat perustua puhtaasti tuotteen nimeen ja maineeseen. Tämä uskomus voi vaikuttaa suoraan siihen, kuinka lihottavaksi tuote tai tuotteen ominaisuus koetaan. Tämän tuoteominaisuuden maineen huomioiminen on nykyään entistä tärkeämpää, kun yhteiskunnallinen keskustelu on johtanut tyydyttyneiden rasvojen vaarallisuuden kyseenalaistamiseen (YLE Uutiset 2010). Voidaanko siis terveystiedotuksen kautta kannustaa kuluttajia terveystietäytymisen muuttamiseen, jos he eivät lähtökohtaisesti usko viestin sisällön toimivuuteen? Siksi terveystiedotuksen ydinsisältöön liittyvien ns. normatiivisten uskomusten selvittäminen on tarpeen sen toimivuuden varmistamiseksi. Normatiivisuudella viitataan niihin eettisiin tai käytännönelämän sääntöihin, joita yksilö kokee olevan tarpeen noudattaa. Tämän on myös todettu vaikuttavan suojelumotivaatioteorian toimivuuteen: halu suojautua väitetyltä uhalta on täysin kiinni uhkaviestin vastaanottajan omasta tahdosta muuttaa käyttäytymistä. (Weinstein 1993.) Lisäksi Spangenberg ym. (2003) huomasivat tutkiessaan omasta toiminnasta annetun ennusteen vaikutusta, että tiedotuksen kautta rohkaistu käyttäytyminen toteutui, mikäli se oli vastaanottajan kannalta normatiivista käyttäytymistä.

Miten terveystiedotuksen sisältöä pitäisi sitten suunnitella, että se puhuttelisi juuri oikeita ihmisiä? Terveystiedotuksessa havaittiin jo alan tutkimuksen alkuvaiheessa, että tehokkain menetelmä on kohdennettu ja räätälöity viestintä. Yksi tärkeimmistä terveystiedotuksen ja muunkin viestintän lähtökohdista on kohdeyleisön tunnistaminen. Järkevä kohdeyleisön tunnistaminen auttaa terveydenhuollon ammattilaista suunnittelemaan terveystietoja erilaisia tarpeita ja ymmärrystasoja huomioiden ottaen (Wilson 2007). Selkeät kohderyhmät ja kommunikatio eri toimijoiden välillä auttaa myös estämään ristiriitaisten viestien lähettämistä, sillä erään tutkimuksen mukaan terveystiedotuksen sekavuus saattaa lisätä terveystiedotuksen vastaisista käyttäytymistä aikuisväestön keskuudessa. Tutkijat epäilivät lisäksi, että modernin yhteiskunnan jatkuva mediatulva lisää itsessään sekavuutta terveystiedotuksen kohdalla (Patterson, Satia, Kristal, Neuhouser & Drewnowski 2001).

Terveystiedotuksen kohderyhmän tunnistamisessa voidaan käyttää hyväksi kuluttajakäyttäytymisen tutkimuksesta tuttuja kuluttajien profilointimenetelmiä. Geeroms, Verbeke & van Kenhove (2008a) pyrkivät tutkimuksessaan lisäämään hedelmien ja vihannesten syöntiä suunnittelemalla tietyille kohderyhmille suunnat-

tuja terveystietä. Kuluttajien ryhmittelyyn käytettiin tässä tutkimuksessa uutta menetelmää, jossa luokiteltiin yksilöitä heidän terveyteen liittämien motiivien avulla (*Health-Related Motives Orientation*). Viestien suunnittelussa käytettiin terveystietämittarissa esiintyviä terveystietämerkityksiä ja motiiveja, eli syitä siihen, miksi henkilö haluaa olla terve. Tulokset osoittivat lupaavia merkkejä siitä, että terveystietäviesti joka oli suunniteltu huomioden tiettyä terveystietämotiivia, osoitti parhaita tuloksia siinä kuluttajaryhmässä, jolle kyseinen terveystietämotiivi oli erityisen tärkeä. Tämä terveystietämotiivimittari oli kehitetty aikaisemman tutkimuksen pohjalta (Geeroms, Verbeke & van Kenhove 2008b), jossa tämän ryhmittelylogiikan toimivuutta testattiin kuluttajan valmisruokien valinnan kontekstissa. Tämän alustavan tutkimuksen tulosten perusteella käytettyyn kyselyyn tehtiin tietyiltä osin muutoksia.

Kuluttajien terveystietäkäyttämisen muuttaminen ja terveystietäviestinnän suunnittelu edustavat siis laajaa tutkimuskenttää, joka yhdistelee osia monista tieteenaloista. Lisäksi menetelmiä on sovellettu eri yhteyksissä ja todettu tehokkaiksi menetelmiksi pyrittäessä motivoimaan pysyvään terveystietäkäyttämismuutokseen viestien kohde-ryhmissä. Kuitenkin vaikuttaisi siltä, että terveystietäviestinnän suunnittelu kuluttajakäyttämisen menetelmin tunnistetuille kuluttajille on kohtuullisen uusi näkökulma. Ehkä lähimpänä tätä ajattelua ovat olleet belgialaistutkijat (Geeroms ym. 2008), joten heidän menetelmiään hyödyntäen voidaan suunnitella tämän käsillä olevan tutkimuksen toteutusta.

1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida sitä, että miten eri tavoin muodostetut kuluttajaryhmät reagoivat tiettyjen terveystietämotiivien esille tuomisen perusteella räätälöityihin terveystietäviesteihin, ja miten nämä reaktiot näkyvät heidän terveystietäkäyttämisen tietyissä kulutusvalinnoissa, terveystietäasenteissa ja -tietoudessa. Tämä tarkoitus pyritään saavuttamaan viiden tavoitteen kautta.

Ensimmäisenä tavoitteena on luoda tutkimusasetelma, joka mahdollistaa tutkimukseen osallistujien terveystietäkäyttämisen, -asenteiden ja -tietouden tunnistamisen tutkimuksen eri vaiheissa. **Toisena tavoitteena** on kehittää tiettyjä kuluttajaryhmiä huomioivia terveystietäviestejä, joissa on yhdistetty terveystietä tutkimuksen, viestinnän ja kuluttajakäyttämisen teorioita. **Kolmantena tavoitteena** on tunnistaa kuluttajaryhmiä erilaisten demografisten- ja psykologisten muuttujien avulla. **Neljäntenä tavoitteena** on tutkia ja analysoida miten tunnistetut kuluttajaryhmät kokevat vastaanottamansa terveystietäviestit ja miten heidän reaktionsa terveystietäviesteille altistumiseen näkyy erilaisissa terveystietäkäyttämistä mittaavissa ky-

selyissä. **Viidentenä tavoitteena** on analysoida sitä, että miten eri terveystutkimuksissa ilmenevät tulokset poikkeavat toisistaan, kun otetaan huomioon normatiivisen rasvauskomuksen vaikutus (eli se, missä määrin uskotaan tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen).

Tämä tutkimusraportti etenee siten, että tässä johdantoluvussa käsiteltyjen teoreettisten valintojen ohjaamana hahmotellaan toisessa kappaleessa ne raamit, joiden puitteissa tämä tutkimus toteutettiin. Toisessa kappaleessa selvitetään tarkemmin kuinka nämä valitut teoreettiset mallit otettiin käyttöön tässä interventiotutkimuksessa. Lisäksi tässä kappaleessa kuvataan terveystieteen kehitysprosessi, käsitellään vastaajapopulaation rakennetta ja arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. Kolmannessa kappaleessa perehdytään tarkemmin kuluttajaryhmittelyjen taustoihin. Tutkimuksessa luodaan yhteensä neljä erilaista kuluttajaryhmittelyä, joiden profiileihin perehdytään tarkemmin tässä kappaleessa. Neljännessä kappaleessa analysoidaan interventiotutkimuksen tuloksia muodostettujen kuluttajaryhmien näkökulmasta. Lisäksi luvun lopussa otetaan käsitelyyn myös normatiivisen rasvauskomuksen vaikutus tuloksiin. Tätä tarkastellaan siten, että vastaajat jaetaan kahteen ryhmään sen perusteella, että uskovatko he tyydyttyneen rasvan olevan vaarallista ravinnossa. Tämän jälkeen näiden kahden ryhmän tuloksia intervention eri mittareista vertaillaan keskenään. Viidennessä kappaleessa tehdään johtopäätöksiä tutkimuksen tuloksista ja esitellään jatkotutkimusehdotuksia.

1.3 TERVAS-hanke

TERVAS-hanke (Terveelliset valinnat: räätälöidyt syömisen ja liikkumisen mallit) toteutettiin tammikuun 2009 ja maaliskuun 2012 välisenä aikana. Hanketta oli toteuttamassa kolme tutkimusosapuolta: Vaasan yliopisto, Turun yliopisto ja Seinäjoen ammattikorkeakoulu (ravitsemis-, sosiaali- ja terveysalan yksiköt). Lisäksi mukana olivat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja muina rahoittajaosapuolina eteläpohjalaisia kuntia, elintarvikealan yrityksiä sekä TEKES.

TERVAS-hankkeen yleisenä pyrkimyksenä oli tuottaa tieteellistä ymmärrystä eteläpohjalaisten kuluttajien ruokaan ja syömiseen liittyvistä ajatus- ja käyttäytymismalleista ja kehittää niihin pohjautuen tehokkaita räätälöityjä interventiomalleja tukemaan ja edistämään Etelä-Pohjanmaan hyvinvointia. Hankkeella oli viisi tutkimuksellista alatavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa eteläpohjalaisten kuluttajien ravinnon saannista ja sen yhteydestä sairastavuuteen. Toisena tavoitteena oli paljastaa eteläpohjalaisten kuluttajien ravitsemustietämyksen taso, ruokaan liittyvät elämäntyyli- ja niiden yhteydet ravintoaineiden

saantiin sekä tunnistaa erilaisia interventiomalleja tarvitsevia kuluttajaryhmiä. Hankkeen kolmantena tavoitteena oli löytää ne ravitsemustiedon lähteet ja muodot, joita kuluttajat käyttävät mieluiten ja joihin he luottavat. Neljäntenä tavoitteena oli soveltaa tehokkaiksi osoitettuja interventiomalleja räätälöimällä niitä tunnistetuille kuluttajaryhmille sopiviksi. Viidentenä tavoitteena oli testata kliinisten kokeiden ja erilaisten kyselytutkimusten avulla interventiomallien toimivuus.

TERVAS-hankkeen merkitys voidaan kiteyttää seuraavasti. Sen aikana syntyi poikkitieteellinen verkosto ravitsemusosaajien, kuluttajakäyttäytymistä ymmärtävien, elintarvikkeiden kehittämistä toteuttavien ja käytännön hyvinvointiprojektien ja toteuttavien tahojen ja kansanterveydestä huolta kantavien tahojen kesken. Toteutuksessa kehitettiin ja kokeiltiin uusia ja ennen testaamattomia malleja, pyrittäessä vaikuttamaan kuluttajaan niin, että valistus ja suositukset toteutuisivat käytännössä. Koska hankkeessa käytettiin poikkitieteellisiä malleja ja mukana oli useita erilaisia osajia, oli mahdollista löytää aivan uusia toimivia terveysinterventiomalleja, joiden avulla voidaan ehkäistä ja vähentää sairastavuutta elintapa- tauteihin ja pienentää terveydenhuollon kustannuksia Etelä-Pohjanmaalla ja muualla Suomessa.

Hankkeen puitteissa järjestettiin osatutkimuksia, joiden kautta pyrittiin saavuttamaan hankkeelle asetettuja osatavoitteita. Ensimmäinen tutkimusponnistus oli kyselytutkimus, joka toteutettiin Etelä-Pohjanmaan alueella. Syksyn 2009 ja kevään 2010 aikana toteutettiin kaksi pilottitutkimusta, joissa testattiin hankkeen neljättä ja viidettä tavoitetta varten eri interventiomenetelmiä Turun yliopiston ja Seinäjoen ammattikorkeakoulun toimesta. Vaasan yliopisto toteutti samaan aikaan ryhmäkeskustelututkimuksen, jonka tuloksista on julkaistu tutkimusraportti (Karhu, Hietaranta-Luoma, Luomala & Hopia 2011). Vuonna 2011 toteutettiin jokaisen tutkimusosapuolen toimesta interventiotutkimukset kunkin tutkimusosapuolen lähtökohdista, joissa testattiin eri menetelmin erilaisten eri kohderyhmille räätälöityjen elämäntapojen muuttamismenetelmien toimivuutta. Tämä käsillä oleva tutkimusraportti käsittelee Vaasan yliopiston toteuttamaa räätälöityyn viestintään perustuvaa interventiota, joka toteutettiin kevään 2011 aikana.

2 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET VALINNAT

Interventiotutkimus toteutettiin osana TERVAS-hanketta ja tämän tutkimuksen tausta-asetelma on vahvasti sidottu TERVAS-hankkeen tavoitteisiin (ks. alaluku 1.3). Siksi tässä tutkimuksessa sovellettiin tehokkaiksi tunnettuja interventiomaaleja räätälöimällä niitä kohderyhmälähtöisesti ja lopuksi testattiin niiden toimivuus. Vaasan yliopisto toteutti TERVAS-hankkeessa terveysintervention omia vahvuusalueitaan hyväksikäyttäen, joten näkökulma tässä tutkimuksessa on vahvasti kuluttajakäyttäytymisen tutkimuksessa. Kuluttajakäyttäytymisen näkökulma soveltuu erinomaisesti tämääntyyliiseen terveysinterventioon, sillä lähtökohtaisesti tämän tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida tiettyjen ominaisuuksien perusteella segmentoitujen kuluttajaryhmien reaktioita heistä kerätyn taustaymmärryksen ohjaamina toteutettuihin terveysviesteihin.

2.1 Tutkimusasetelma

Interventiotutkimus toteutettiin vuonna 2011 noin vapusta juhannukseen ulottuvalla aikajanalla. Tutkimus koostui kolmesta vaiheesta, joissa kussakin vastaajilla oli aikaa kahdesta kolmeen viikkoon palauttaa vaiheeseen liittyvä kyselylomake. Seuraava vaihe alkoi noin viikon kuluttua edellisen vaiheen päättymisestä. Interventiotutkimuksen rakenteen yleishahmotelma on nähtävissä taulukossa 1.

Taulukko 1. Interventiotutkimuksen yleishahmotelma

	Räätälöity viesti 1 n=2500	Räätälöity viesti 2 n=2500	Räätälöimätön viesti n=2500
1. Vaihe Huhtikuu 2011 viikot 16–18	Kyselyt: -demografia -ruoan käyttö -terveyden merkitykset -psykologiset mittaukset -asennemittaus Räätälöity viesti 1	Kyselyt: -demografia -ruoan käyttö -terveyden merkitykset -psykologiset mittaukset -asennemittaus Räätälöity viesti 2	Kyselyt: -demografia -ruoan käyttö -terveyden merkitykset -psykologiset mittaukset -asennemittaus Räätälöimätön viesti
2. Vaihe Toukokuu 2011 viikot 19–22	Räätälöity viesti 1 Elintarvikevertailu	Räätälöity viesti 2 Elintarvikevertailu	Räätälöimätön viesti Elintarvikevertailu
3. Vaihe Kesäkuu 2011 viikot 23–25	Kyselyt: -ruoan käyttö -asennemittaus	Kyselyt: -ruoan käyttö -asennemittaus	Kyselyt: -ruoan käyttö -asennemittaus

Ensimmäinen vaihe oli vastaajille vaativin, sillä siinä he saivat täytettäväkseen noin 30–40 minuuttia kestävästä sähköisistä kyselylomakkeen. Tässä samassa yhteydessä he vastaanottivat myös ensimmäisen kerran jonkun kolmesta terveystietoviestistä. Ensimmäisessä vaiheessa kerättiin vastaajista vahva tietopohja erilaisia kuluttajaryhmittelyitä varten. Lisäksi ensimmäinen vaihe toimii myös interventiotutkimuksen nollakohtana, eli siinä vaiheena, johon intervention pitkäaikaisvaikutuksia tullaan vertaamaan. Erilaisten profiloivien ja intervention vaikutuksia koskevien kyselyiden lisäksi, tässä vaiheessa mitattiin myös vastaajien asenteita viestejä kohtaan ja itsetarkkailun taso. Käytettyjen mittareiden soveltamisesta kyselyssä kerrotaan tarkemmin luvuissa 2.2 ja 2.4. Terveystietoviestien sisällöstä ja suunnitteluprosessista raportoidaan tarkemmin luvussa 2.3.

Tutkimuksen toinen vaihe alkoi noin kolmen viikon kuluttua ensimmäisen vaiheen aloittamisesta. Tämän vaiheen perimmäinen tarkoitus oli altistaa vastaajat toisen kerran terveystietoviestille. Terveystietoviestejä oli yhteensä kolme kappaletta ja kukin vastaaja vastaanotti saman viestin sekä ensimmäisessä että toisessa vaiheessa. Toisessa vaiheessa vastaajat ottivat kantaa erilaisiin elintarvikkeisiin liittyviin väittämiin ja luokittelivat niitä maku- ja terveellisyysmielikuvien perusteella. Kolmas vaihe oli tutkimuksen viimeinen, ja siinä vastaajat täyttivät vain ne kyselyt, joilla mitattiin intervention vaikutuksia eri kuluttajaryhmissä. Muodostettujen kuluttajaryhmien muodostamisprosesseista kerrotaan tarkemmin 3. kappaleessa ja intervention vaikutuksia näissä kuluttajaryhmissä käsitellään tarkemmin kappaleessa 4.

2.2 Tutkimuksen keskeisten käsitteiden operationalisointi

Tutkimuksessa sovellettiin useita alaluvussa 1.1 käsiteltyjä teorioita interventioon osallistuneille lähetetyissä sähköisissä kyselylomakkeissa. Ensimmäinen ja käytetty teoria tässä tutkimuksessa oli terveystietoviestiteoria (*Health-Related Motives Orientation*) jonka mukaan terveyden tavoittelun perussyyt voidaan kuvata seuraavasti: terveys = energiaa, terveys = henkistä hyvinvointia, terveys = sosiaalista vastuullisuutta, terveys = fyysistä hyvinvointia, terveys = itsehallintaa ja terveys = ulkoista olemusta. Terveystietoviestejä mitataan 45 väittämällä, joista ensimmäiset 15 ovat eksplisiittisiä väittämiä. Nämä väittämät on muotoiltu siten, että jokainen alkaa samalla tavalla ”*Terveys merkitsee minulle pääasiassa...*”, jonka jälkeen tulee varsinainen väittämäosuus, esimerkiksi ”*Terveys merkitsee minulle pääasiassa... ...elämistä sopusoinnussa perheen kanssa*”. Viidentoista eksplisiittisen väittämän jälkeen tulee 30 implisiittistä väittämää, jotka on muotoiltu samalla tavalla, mutta näiden väittämien alkufraasi on muodossa ”*Olisi (erittäin) ikävää,*

jos en terveysongelmien vuoksi voisi enää... ”. Esimerkiksi ”Olisi (erittäin) ikävää, jos en terveysongelmien vuoksi voisi enää... olla menestyksekkäs”. Vastajat ottavat näihin väittämiin kantaa asteikolla 1–7 (1=olen täysin eri mieltä – 7=olen täysin samaa mieltä). Kutakin terveystieteitä mitataan 4–7 väittämällä, jotka voivat olla joko sekä eksplisiittisiä että implisiittisiä, tai sitten ainoastaan toisesta väittämäpatterista. (Geeroms ym. 2008a.) Terveystietäipohjaista kuluttajaryhmittelyä käytettiin tässä tutkimuksessa kahdessa vertailevassa analyysissä (ks. alaluvut 3.2 ja 3.3). Lisäksi kahden terveystietäin ydinmerkityksiä käytettiin terveystietien sisällöllisinä elementteinä (ks. alaluku 2.3).

Toinen merkittävä kysymyspatteristo oli terveys- ja makuasennemittari (*Health-Taste Attitude Scale*), joka jäljittää vastaajan asenteita ruoan ominaisuuksia ja ruoan nauttimistilanteita kohtaan kuuden ulottuvuuden perusteella. Nämä ulottuvuudet konkretisoituvat mittarin 38 väittämässä, jotka käsittelevät ruoan kulutusta terveyden ja maun kannalta eri näkökulmista. Esimerkkipäittämiä ovat: ”syön mitä haluan, enkä välitä ruoan terveellisyydestä” tai ”haluaisin syödä vain luonnollisista kasvatettuja vihanneksia”. Asenneulottuvuudet muodostuvat kukin 6–8 väittämästä, joista puolet on käänteisesti muotoiltuja. Kyselyssä vastaaja antaa mielipiteensä kuhunkin väittämään asteikolla 1–7 (1=täysin eri mieltä ja 7=täysin samaa mieltä). Kuusi asenneulottuvuutta ovat nimeltään: yleinen terveyskiinnostus (*general health interest*), kiinnostus kevyttuotteita kohtaan (*light product interest*), kiinnostus luomutuotteita kohtaan (*natural product interest*), herkutteluhimo (*craving for sweet foods*), ruoan käyttö palkintona (*using food as a reward*) ja nautiskelu (*pleasure*). Kuten asenneulottuvuuksien nimistäkin voi päätellä, käsittelevät ensimmäiset kolme ulottuvuutta ruoan kuluttamista terveyden näkökulmasta ja kolme jälkimmäistä ruoan kuluttamista maun ja nautinnollisuuden näkökulmasta (Roininen ym. 2001). Terveellisyys- ja ruoka-asenteita käytettiin tässä tutkimuksessa sekä profiloimaan kuluttajia erilaisissa ryhmittelyissä että myös itsessään tapana jaotella vastaajia.

Ruokavalion laatua tyydyttyneen rasvan suhteen seurattiin kahdella hieman eri tavalla toimivalla mittarilla: Sydänliiton rasvan laatu -mittarilla ja hollantilaistutkimukseen perustuvalla Rasvalistauksella. Näiden kahden mittarin sisällöstä ja valintaprosessista on kerrottu tarkemmin alaluvussa 2.4. Ruokavalion laatu oli yksi merkittävä vastemuuttaja tarkkailtaessa intervention tuloksia ensimmäisen ja kolmannen vaiheen välillä. Toinen ruokavalion laatuun liittyvä mittari oli ravitsemustietämys, jota testattiin kahdeksalla väittämällä. Tässä kyselyssä oli sekä väittämiä, joissa piti valita terveellisin vaihtoehto, mutta myös kannanottoja, joissa piti määritellä paljonko tuotetta pitää syödä päivässä saavuttaakseen suositukset. Oikeasta vastauksesta sai yhden pisteen ja väärästä vastauksesta jäi pisteettä. Väittämien yhteenlaskettu pistemäärä kertoi ravitsemustietämyksen tason ja sitä

vertailtiin intervention alku- ja loppupään välillä. Ruokavalioon liittyvä muuttuja oli myös normatiivinen uskomus liittyen tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen. Sitä tiedusteltiin tutkimuksen toisessa vaiheessa. Normatiivinen rasvauskomus selvitettiin suoralla kysymyksellä. Mikäli vastasi, että ei usko tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen, sai vastaaja määritellä itse mikä oli hänen mielestään suurempi ongelma ruokavaliossa. Normatiivisen rasvauskomuksen vaikutuksia tutkimustuloksiin on tarkasteltu alaluvussa 4.6.

Vastaajien taipumus itsetarkkailuun mitattiin kyselyn ensimmäisessä vaiheessa. Itsetarkkailua mitattiin 13 väittämällä joihin otettiin kantaa asteikolla 1–7 (1=täysin eri mieltä ja 7=täysin samaa mieltä). Väittämät mittaavat itsetarkkailua kahdesta näkökulmasta: kuinka herkästi havainnoidaan kanssaihminen käyttäytymistä ja kuinka kyetään muuntamaan omaa käyttäytymistä muiden käyttäytymisen perusteella. (Chan 1993.) Vastaukset itsetarkkailua koskeviin väittämiin lasketaan numeerisesti yhteen ja näin muodostetaan pisteytys, jonka maksimi on 91. Valitettavasti interventiotutkimuksen toteutusvaiheessa oli tutkimusryhmän ja sähköisen kyselyn toteuttajaosapuolen välisessä viestinnässä tapahtunut virhe, jonka seurauksena yksi väittämä oli jäänyt kyselystä pois. Tästä syystä tämän tutkimuksen maksimipistemääräksi muodostuu 84. Itsetarkkailutaipumuksen vaikutuksia tuloksiin on käsitelty luvussa 4. Itsesuojeluteorian mukaisia muuttujia oli mukana erityisesti terveysviesteissä, mutta niitä tiedusteltiin sekä tutkimuksen pilottivaiheessa (ks. alaluku 2.3) että varsinaisen intervention ensimmäisessä vaiheessa. Teoriakeskeisillä muuttujilla mitattiin erityisesti sitä, että miten motivaatiopohjaiset kuluttajaryhmät kokivat terveysviestit (ks. alaluku 3.2.2).

2.3 Interventioviestien kehittäminen

Interventioviestit rakennettiin kahden virikkeen ympärille: visuaalinen ilme ja tekstipohjainen informaatio sisältö. Viestien molempien sisältöulottuvuuksien ohjaavana taustatekijänä toimi terveysmotiiviteoriasta kumpuavat terveyden merkityksiin yhdistettävät eri terveyden tavoittelun perussyyt (Geeroms ym. 2008a), joita on yhteensä kuusi. Näistä kuudesta terveysmotiivista valitsimme viestien sisältöä ohjaamaan kaksi: terveys = sosiaalista vastuullisuutta ja terveys = itsehallintaa. Nämä kaksi valittua terveyden perusmotiivia eroavat toisistaan erityisesti siinä, että toinen painottaa terveenä pysymistä yksilökeskeisissä ja toinen muukeskeisistä syistä. Tämä ilmenee erityisen selvästi vertailtaessa terveysmotiivimitarin väittämiä, jotka muodostavat kyseiset terveyden ulottuvuudet. Vertailtavat väittämät on nähtävissä taulukossa 1.

”Terveys = sosiaalista vastuullisuutta” -motivaatiossa esiintyvät väittämät edustavat selkeästi suuntausta, jossa terveenä pysyminen mahdollistaa ennen kaikkea yhdessäoloa perheen ja muiden läheisten ihmisten kanssa. Vastaavasti ”terveys = itsehallintaa” -motivaatiossa väittämät käsittelevät oman henkilökohtaisen suori-tuskyvyn mittareita, ja sitä, miten terveys edesauttaa yksilöllistä menestymistä elämässä. Näitä terveystermiä painottaville kuluttajaryhmille räätälöityjen terveystietojen lisäksi tuotimme yhden viestin, joka pyrki vastaamaan luonteeltaan ja sisällöltään yleistä terveydenhuollon tiedotusta. Kolmas viesti ei sisällä suoraa uhkaa liittyen edellä mainittujen terveystermien ydinmerkityksiin, mutta sisältää silti yleisen hyvän terveydentilan menettämisen uhkakuvan ja neuvoo miten tältä voidaan välttyä, joten tämäkin viesti on mielenkiintoisissa suojelumotivaatioteorian (*Protection Motivation Theory*) mukaan muotoilluksi. Tietyille kohderyhmille suunnattuja viestejä kutsutaankin siis räätälöidyiksi uhkaviesteiksi ja tätä luon-teeltaan yleisempää terveystietoa kutsutaan yleiseksi uhkaviestiksi.

Taulukko 2. Intervention sisältöjen kannalta keskeisten terveystermien eroavaisuudet väittämätasolla.

	Terveys on sosiaalista vastuullisuutta	Terveys on itsehallintaa
Implisiittiset väittämät	<i>Terveys merkitsee minulle pääasiassa...</i>	<i>Terveys merkitsee minulle pääasiassa...</i>
	...elämistä sopuisuudessa perheen kanssa	-
	...perheenjäsenten terveydestä huolehtimista	-
Eksplisiittiset väittämät	<i>Olisi (erittäin) ikävää, jos en terveysongelmien vuoksi voisi enää...</i>	<i>Olisi (erittäin) ikävää, jos en terveysongelmien vuoksi voisi enää...</i>
	...auttaa muita	...olla menestyksenkäs
	...viettää aikaa perheen parissa	...olla voimakas
	...huolehtia perheestäni	...olla kunnianhimoinen
	-	...olla pätevä

Suojelumotivaatioteorian mukaan terveystietojen pelkoon vetoamiseen (*fear appeal*) kuuluu kolme muuttujaa: uhan laatu, annetun uhan toteutumisen todennäköisyys jos mitään toimenpiteitä ei tehdä ja viestin vastaanottajan kyvykyys ehdotetun toimenpiteen suorittamiseksi. (Witte ym. 2001: 12–19.) Terveystietojen uhkakuvaksi valittiin tässä tutkimuksessa sydän- ja verisuonitautit. Tämän uhkakuvan valintaan vaikutti erityisesti se, että tämä tauti on eräs suomalainen ”kansansairaus” (Käypä hoito 2011). Toinen merkittävä syy tämän uhkakuvan valintaan oli, että viimeaikainen keskustelu kyseenalaistaa yhä enemmän tyydyttyneen rasvan asemaa terveydelle haitallisena ruoan sisältönä (Yle Uutiset 2010). Viestit

rakennettiin kytkemällä edellä mainittujen terveystiivien ydinmerkityksiin suojelumotivaatioteorian mukaisia uhkakuvia. Käytännössä tämä tarkoitti räätälöidyissä viesteissä sitä, että terveystiiviatioon kuuluvat piirteet kuten perheen yhdessäolo tai henkilökohtainen menestys kuvattiin voitavan menettää sydän- ja verisuonitautien vuoksi ja sitä että merkittävimmän syyn sydän- ja verisuonitautien puhkeamiseen esitettiin olevan liiallinen tyydyttyneiden rasvojen saanti. Yleisessä uhkaviestissä uhkakuva ei kytkeytynyt kumpaakaan em. terveystiiviatioon, vaan viestin sisältö perustui tilastolliseen tietoon sydän- ja verisuonitautien aiheuttamista ongelmista, kuten työkyvyttömyydestä ja jopa kuolemantapauksista.

Suojelumotivaatioteoria perustuu kuitenkin ajatukselle siitä, että viestin vastaanottajaa ei saa pelkästään pelotella, vaan hänelle pitää myös tarjota keino välttää esitetty uhka. Tämä toteutettiin viestien tekstisisällössä siten, että viestin vastaanottajalle kerrottiin tyydyttyneiden rasvojen vähentämisen myönteisestä vaikutuksesta. Suojelumotivaatioteoria kehottaa myös osoittamaan viestin vastaanottajalle, että tarjotun käyttäytymismuutoksen tuomat edut ovat vaikutukseltaan positiivisempia, verrattuna ratkaisuun, jossa hän ei muuta käyttäytymistään. Viestin vastaanottajalle on siis tarjottava esitetyn uhkakuvan lisäksi eräänlainen ulospääsykeino, joka näissä terveystiivieissä oli tyydyttyneen rasvan vähentäminen ruokavaliossa. Lisäksi viestin vastaanottajille korostettiin, että ruokavalion muuttaminen rasvojen osalta on helppoa ja että pienilläkin muutoksilla voi pienentää uhkaa. Viestiin sisällytettiin myös itseannetun ennusteen (*self-prophecy*) mukainen lause ”*kysy itseltäsi, tuletko vähentämään tyydyttyntä rasvaa sisältävän ruoan syöntiä?*”. Sen avulla pyrittiin stimuloimaan itsetarkkailutaipumuksen vaikutusta, koska korkean itsetarkkailutaipumuksen omaavat henkilöt tarkkailevat käytöstään ulkopuolelta tulevien vihjeiden kautta. (Spangenberg ym. 2003.)

Terveystiivien visuaalinen toteutus luotiin tekstien ympärille mainostoimiston avustuksella. Valitsimme viestien suunnitteluun mainostoimiston jolla oli aikaisempaa kokemusta terveystiivinnän tekemisestä. Mainostoimistolle toimitettiin viestien tekstisisällöt ja heidät perehdytettiin viestien taustalla oleviin teorioihin. Tämän jälkeen mainostoimisto toimitti ensimmäiset vedokset, jotka edelleen kehittämisen jälkeen päätyivät pilottitestiin. Terveystiivieille tehtiin yhteensä kolme pilottitestikierrosta, joista saatujen kommenttien ja tulosten perusteella sekä viestien visuaalinen ilme että tekstisisältö kehittyivät.

Viestien pilottitestit toteutettiin elintarvikealan markkinatutkimusorganisaation kuluttajaneelissa sähköisillä kyselyillä ja jokaisessa pilottitestissä käytettiin eri vastaajia. Pilottitestejä toteutettiin kaikkiaan kolme kevään 2011 aikana ja niillä pyrittiin selvittämään erityisesti sitä, että aiheuttavatko viestit suojelumotivaatio-

teorian kannalta sopivia reaktioita kuluttajissa. Viestien ei haluttu aiheuttavan liian voimakkaita pelkoreaktioita, sillä liiallinen uhkan kokeminen voi heikentää viestin vastaanottajan halua reagoida viestin antaman käyttäytymisohjeen mukaisesti. Lisäksi tutkimukseen osallistujille ei haluttu aiheuttaa turhaa ahdistusta heidän terveydentilastaan. Reaktioita viesteihin mitattiin erilaisilla sen sisällön kokemista mittaavilla muuttujilla, kuten asenteella mainontaa kohtaan (*attitude towards add*), viestin välittämän uhkakuvan pelottavuudella (*fear*), vastaajan koe-tulla kyvykkyydellä toteuttaa viestin neuvoma elämäntapamuutos (*self-efficacy*), kehoitetun elämäntapamuutoksen toimivuudella (*response efficacy*), aikomuksella toteuttaa elämäntapamuutos (*intention*) ja elämäntapamuutoksen hyödyillä suhteessa muutoksesta koituviin haittoihin (*response-costs*). Pilottitesteihin osallistuneiden vastaajien määrät on nähtävissä taulukosta 3.

Taulukko 3. Pilottitestien osanottajamäärät.

Uhkaviesti:	1. pilottitesti	2. pilottitesti	3. pilottitesti
Yksilöllisen	n=20	n=30	n=26
Sosiaalinen	n=33	n=31	n=21
Yleinen	n=27	n=40	n=32
Yht.	N=80	N=101	N=79

Viestien aiheuttamissa reaktioissa ei käytettyjen mittarien perusteella havaittu suuria eroja vastaanottajaryhmien välillä. Tämä oli aika luonnollista, koska vastaajia ei oltu profiloitu heidän terveystieteisiensä suhteen millään tavalla. Pilottitesteillä haluttiin pikemminkin varmistua siitä, että viestit aiheuttavat samantasoisia ja samantyyppisiä reaktioita eri viestien vastaanottajaryhmissä. Näin voitaisiin parhaiten tunnistaa se millä tavalla räätälöityjen viestien kohderyhmien reaktiot eroavat massasta. Lisäksi vastaajilta kerättiin avoimia kommentteja viesteistä ja kyselyä, jotka auttoivat edelleen kehittämään sekä viestejä että myös itse pilottikyselyä. Kommenteista saadun palautteen perusteella päätettiin myös pilottitestiin ottaa mukaan kysymys, jossa tiedusteltiin mielipidettä tyydyttyneen rasvan ongelmallisuudesta suomalaisessa ruokavaliossa. Normatiivisen rasvauskomuksen huomioiminen pilottidatan analyyseissa vaikutti jonkun verran tuloksiin. Siksi tämä kysymys päätettiin sisällyttää myös varsinaiseen tutkimukseen.

Viestit kehittyivät suurilta osin pilottitestien vaikutuksesta, mutta viestien ulkoasuun vaikutti myös tutkijoiden ja mainostoimiston välinen vuoropuhelu. Viestien evoluutio on nähtävissä kuviossa 1 ja lopulliset interventiotutkimukseen hyväksytyt viestit on nähtävissä liitteissä 3, 4 ja 5. Pilottitestien vaikutus viestien sisältöön oli huomattava. Räätälöidyt terveystiedot kehittyivät sekä visuaaliselta ilmeeltään että myös tekstilliseltä sisällöltään. Yleinen uhkaviesti ei kokenut eri versioiden

myötä suuria muutoksia, sillä sen teksti perustui suurilta osin jo olemassa olevaan viralliseen terveystietoon. Lisäksi yleisen uhkaviestin visuaaliset virikkeet pidettiin tarkoituksella minimaalisina.

	Yksilöllinen uhkaviesti	Sosiaalinen uhkaviesti	Yleinen uhkaviesti
Viestien 1. versiot. Tutkimusryhmän ja mainostoimiston keskustelun jälkeen viesteihin lisättiin räätälöityjä elementtejä ja sosiaalisen uhkaviestin pukumies vaihdettiin perheeseen.			
Viestien 2. versiot. Nämä viestit lähetettiin ensimmäiseen pilottitutkimukseen helmikuussa 2011.			
Viestien 3. versiot, jotka lähetettiin toiseen pilottitestiin maaliskuussa 2011. Räätälöityihin uhkaviesteihin lisättiin pelkoelementtejä ja oikean laidan hahmot muutettiin "sairaamman" näköisiksi.			
Viestien 4. versiot. Toisen pilottitestin perusteella haluttiin edelleen korostaa oikean laidan hahmon sairaalloisuutta ja nostaa pelotearvoa lisäämällä faktoja sairauden seurauksista viestin yläreunaan.			
Viestien 5. versiot, jotka lähetettiin kolmanteen pilottitestiin (huhtikuu 2011) ja interventiotutkimuksen (toukokuu 2011) mukana. Tekstuaalisen lisäpelotteen asettelua selkeytettiin edelliseen versioon verrattuna.			

Kuvio 1. Terveystietien evoluutio.

Yksilöllisen uhkaviestin visuaalisen ilmeen haluttiin korostavan erityisesti terveystietoihin ”terveys on itsehallintaa” -väittämiä, joten viesti rakennettiin yksilöllisten menestyskuvitusten ympärille. Tekstin sisällöksi ja uhkakuvaksi muodostui tämän terveystietoihin sisällön myötä fraasi ”*Voit sydän- ja verisuonitautiin sairastumisen myötä menettää mahdollisuutesi itsesi toteuttamiseen ja menestyksellä elämään*”. Sosiaalisen uhkaviestin visuaalisen ilmeen haluttiin puolestaan korostavan terveystietoihin ”terveys on sosiaalista vastuullisuutta” -väittämiä, joten viesti rakennettiin perheen yhdessäoloa kuvaavien elementtien ympärille. Tähän terveystietoihin perustuva uhkakuva hahmoteltiin muotoon ”*Voit sydän- ja verisuonitautiin sairastumisen myötä menettää mahdollisuutesi yhdessäoloon itsellesi tärkeiden ihmisten kanssa, muista välittämiseen ja heidän tukemiseensa*”. Yleisen uhkaviestin visuaalinen ilme pyrittiin pitämään mahdollisimman neutraalina, mutta viestin haluttiin silti muistuttavan ulkoasultaan räätälöityjä viestejä. Kuten jo aikaisemmin esitettiin, yleisen uhkaviestin ei sisältänyt minkään

tietyn elämänsisällön menettämisen uhkaa, joten visuaalisilla virikkeillä ei haluttu johdatella vastaajien ajatuksia mihinkään suuntaan. Uhkakuvat sisällytettiin lääketieteellisiin faktoihin ja korostettu teksti valaisi enemmän elintapamuutoksen toimivuutta sairauden uhatessa. yleisestä uhkaviestistä otettiin kuitenkin viestien kolmansissa versioissa tekstisisältöä räätälöityihin viesteihin, kun havaittiin, että yleisessä uhkaviestissä uhataan suoraan kuolemanuhkalla, kun räätälöidyissä viesteissä uhkakuva on sidottu tärkeän elämänsisällön menettämiseen. Tämä tehtiin sen jälkeen, kun ensimmäisessä pilottitestissä havaittiin yleisen uhkaviestin aiheuttavan korkeampia arvoja pelkomittareissa räätälöityihin viesteihin verrattuna. Tästä syystä räätälöityjen viestien uhkakuva siirrettiin korostetuksi osaksi tekstimassaa ja uhkakuvan tilalle viestin mustaan sydämeen otettiin yleisen uhkaviestin fraasi ”40 % kuolemantapauksista Suomessa selittyy sydän- ja verenkiertoelinten sairauksilla”.

Viestien ensimmäiset versiot palautettiin tutkijoiden kommenttien kera takaisin mainostoimistolle, jossa räätälöityjen uhkaviestien oikeaan laitaan lisättiin räätälöiviä elementtejä ja sosiaalisen viestin tummaan pukuun pukeutunut mies vaihdettiin kuvaan perheestä. Lisäksi jokaisen viestin tekstiin loppuosaan lisättiin maininta siitä, että terveyttä parantavia tuloksia voidaan saavuttaa jo parin kuukauden elämäntapamuutoksen kautta. Viestien toiset versiot päättyivät osaksi ensimmäistä pilottitestiä. Tulosten ja kommenttien perusteella viestien hahmoja pidettiin ”liian kiltteinä”, joten toisen vaiheen viesteihin haluttiin tuoda lisää uhkan tunnetta erityisesti visuaalisin keinoin. Uhkan viestijänä käytetty musta ympyrä vaihdettiin sydämeksi, jonka sisällä erottuu kaksi pääkalloa, ja räätälöityihin viesteihin lisättiin edellä mainittu yleisen uhkaviestin fraasi kuolemanuhasta. Lisäksi viestien oikean laidan hahmot haluttiin saada muistuttamaan vasemman laidan hahmoja, jotta vastaaja osaisi tehdä linkityksen vasemmassa laidassa olevan onnellisen ja terveen ihmisen ja oikean laidan pyöristyneen ja onnettomamman ihmisen välille. Toisen pilottitestin jälkeen räätälöityjen viestien aiheuttamaa pelon tunnetta haluttiin vieläkin nostaa, joten terveysviesteihin sisällytettiin informaatiota myös työkyvyn menettämisen mahdollisuudesta, ja oikean laidan hahmoja pyöristettiin lisää edellisiin versioihin verrattuna. Räätälöityjen uhkaviestien neljännet versiot koettiin kuitenkin liian täyteen ahdetuiksi, joten lyhyen vuoropuhelun jälkeen tutkimusryhmän ja mainostoimiston välillä tekstinpätkät soviteltiin viestiin paremmin. Viestien viidennet versiot testattiin vielä kerran pilottitestissä ja tämän jälkeen viestit siirrettiin sellaisenaan varsinaiseen interventiotutkimukseen.

Viestien tekstimassat pyrittiin rakentamaan saman kaavan mukaan hyödyntäen aikaisemmin mainittuja teorioita sisällön ohjaajina. Koska tekstiin haluttiin sisällyttää usean teorian sisältämiä elementtejä ja lisäksi jonkun verran faktatietoa

sydän- ja verisuonitautien vaikutuksesta suomalaisessa väestössä, tuli tekstiosuudesta merkittävä osa viestin sisältöä. Tekstin haluttiin korostavan yhtä aikaa em. terveystieteiden ydinmerkityksiin sidottua uhkaa, ruokavalioon ja liikuntaan perustuvaa ratkaisua ja lisäksi ennustetta oman kulutuskäyttäytymisen muuttamisesta. Yleisen uhkaviestin sisällön haluttiin noudattavan rakenteeltaan samaa kaavaa, mutta olevan sävyltään neutraalimpi.

2.4 Tutkimuksen käytännön toteuttaminen

Pilottitestien tarkoitus oli testata viestien toimivuuden lisäksi myös interventiotutkimuksessa käytettävien mittareiden toimivuutta. Interventiotutkimuksessa oli tarkoituksena tutkia sitä, miten eri terveystieteiden tärkeinä pitävien kuluttajien terveyteen liittämät tiedolliset, asenteelliset ja toiminnalliset reaktiot muuttuvat, kun heidät on altistettu juuri heille räätälöidylle terveystieteiden muuttokseen kannustavalle viestinnälle. Räätälöinnin työkaluksi valittiin terveystieteiden erilaisuus, joka on tutkimuksessa havaittu toimivaksi työkaluksi erityisesti terveysviestinnän suunnittelussa eri kuluttajaryhmille (Geeroms ym. 2008a). Lisäksi koska terveystieteen pohjainen kuluttajaryhmittely on havaittu lupaavaksi menetelmäksi ymmärtää terveystieteen yksilöllisiä piirteitä (Karhu ym. 2011), niin sitä käytettiin tutkimuksessa myös intervention kohderyhmien tunnistamisessa.

Pitkittäismuutosten tarkasteleminen interventioon osallistuvien henkilöiden terveystieteiden tutkimuksessa tutkimuksen eri vaiheiden välillä edellytti myös ruoan käyttöön liittyvän tiedon saamista heiltä. Koska viestinnässä käytetty uhka liittyi sydän- ja verisuonitauteihin ja tarjottu ratkaisuvaihtoehto sen toteutumisen välttämiseksi oli tyydyttyneen rasvan vähentäminen ruokavaliossa, niin tarvittiin mittari, joka ottaa kiinni tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa. Sen löytäminen osoittautui odotettua vaikeammaksi, sillä vaikka useissa maissa on käytössä validoituja tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa tutkivia mittareita (esimerkiksi Kriss-Etherton, Eissenstat, Jaax, Srinath, Scott, Rader & Pearson 2001 tai Jilcott, Keyserling, Samuel-Hodge, Johnston, Gross & Ammerman 2007), tiettävästi ainoa Suomessa käytetty mittari on Sydänliiton rasvan laatu -testi (Sydänliitto 2010) (Liite 1), jota ei ole validoitu akateemisessa tutkimuksessa. Suomen ulkopuolella käytetyt mittarit eivät ole sellaisenaan sovellettavissa suomalaisen ruoan kulutuksen tutkimiseen, koska ne sisältävät tuotteita, jotka eivät ole Suomessa merkittäviä tyydyttyneen rasvan lähteitä. Toinen ongelma Sydänliiton rasvan laatu -testin kohdalla on se, että se ei huomioi käyttömääriä. Mittarissa esitetään 9 kysymystä, joihin vastaaja ottaa kantaa esimerkiksi minkälaista leivettä hän käyttää leivän päällä tai minkälaista rasvaa käyttäen valmistettua ruokaa hän yleensä

syö. Näistä yhdeksästä väittämästä kertyy vastausvaihtoehtojen perusteella pistemäärä, joka kuvaa vastaajan ruokavalioista saamaa tyydyttyneen rasvan määrää.

Toteutettu interventiotutkimus oli luonteeltaan matalaintensiteettinen, eli kohdehenkilöt vastaanottivat viestit sähköisesti kyselyn yhteydessä, eikä heihin oltu muilla tavoin yhteydessä tutkimuksen aikana. Lisäksi vastaajille ei erikseen kerrottu heidän osallistuvan tutkimukseen, jossa tarkkaillaan nimenomaan heidän tyydyttyneen rasvan käyttöä, näin mahdolliset muutokset syömiskäyttäytymisessä syntyivät ainoastaan terveystieteille altistumisen seurauksena. Näistä syistä todettiin, että Sydänliiton rasvan laatu -testi ei ole välttämättä tarpeeksi herkkä osoittamaan muutosta kuluttajien kulutuskäyttäytymisessä. Tästä syystä etsittiin vielä vaihtoehtoista mittaria, joka ottaisi huomioon myös elintarvikkeiden käyttömäärät Suomessa todettujen suurimpien tyydyttyneiden rasvojen lähteiden kohdalla.

Tähän tarkoitukseen valittiin alun perin Alankomaissa kehitetty rasvalistausmittari (Van Assema, Brug, Ronda & Steenhuis 2001), jolla voidaan seurata tyydyttyneen rasvan määrää vastaajan ruokavaliossa perustuen hänen ilmoittamiinsa käyttömääriin. Mittari toimii vastaavalla tavalla kuin Sydänliiton rasvan laatu -testi, mutta rasvalistauksessa pistemäärä muodostuu sitä suuremmaksi, mitä enemmän vastaaja raportoi syövänsä viikon aikana listassa olevia eri tyydyttynyttä rasvaa sisältäviä tuotteita. Joka tuotteen käyttömääristä saa pisteitä (0–5) ja lopuksi pisteet lasketaan yhteen. Suurin ongelma tämän mittarin kohdalla on sen hollantilainen alkuperä. Siellä tyydyttyneen rasvan lähteet eivät ole täysin verrattavissa suomalaisen ruokakulttuuriin. Mittarin kysymystyyli todettiin kuitenkin sopivaksi käsillä olevaan tutkimukseen, joten alkuperäisestä mittarista poistettiin ja siihen lisättiin muutama tuote, jotta listaus vastaisi paremmin suomalaisen ruokavalion merkittävimpiä tyydyttyneen rasvan lähteitä (Paturi, Tapanainen, Reinivuo & Pietinen 2008: 112–115). Suomalaisen tuotteiden soveltaminen alkuperäiseen mittariin suoritettiin siten, että sen viikoittaiset raja-arvot säilytettiin ja listatuille elintarvikkeille määritettiin rasvaprosentit käyttäen terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamaa elintarvikkeiden koostumustietopankkia (Fineli 2012). Annoskokoja määritettiin tarvittaessa Ruokien annoskuvakirjan avulla (Paturi, Nieminen, Reinivuo & Ovaskainen 2006). Näiden rasvaprosenttien avulla eri tuotteille laskettiin vaihtoehtoiset käyttömäärät viikossa eri rasvalistauksen pisteille. Tuotteiden valinnassa ja rasvaprosenttien määrittämisessä tutkimusryhmää auttoi laillistettu ravitsemusterapeutti. Rasvalistauksen pistelaskutaulukko on nähtävillä liitteessä 2.

Tyydyttyneen rasvan saannin lisäksi haluttiin tarkkailla intervention vaikutusta vastaajien ruokaan liittämiin terveys- ja makuasenteisiin (Roininen ym. 2001) ja

ravitsemustietämykseen (Parmenter & Wardle 1999). Nämä otettiin mukaan, jotta intervention vaikutukset terveyskäyttäytymiseen paljastuisivat mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Lisäksi aikataulupaineiden takia intervention toteuttamiseen jäi aikaa vain kaksi kuukautta, mikä ei kuitenkaan ole poikkeuksellista vastaavissa tutkimuksissa (Prestwich ym. 2008). Sen lyhyen keston takia ei ollut loogista odottaa, että muutokset ruokavaliossa näkyisi suuria eroja, mutta mahdolliset muutokset asenteissa tai kiinnostuksessa ruoan ravitsemuksellisista arvoa kohtaan saattaisivat näkyä selkeämmin.

Interventio koostui kolmesta vaiheesta, joissa muutosta mittaavat instrumentit täytätettiin vastaajilla tutkimuksen ensimmäisessä ja kolmannessa vaiheessa. Koska rasvalistaus on täysin uusi mittari, eikä sen toimivuutta Suomessa ole testattu aikaisemmin millään tavalla, haluttiin sen rinnalla soveltaa Suomessa jo käytettyä tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa mittaavaa testiä. Tästä syystä Sydänliiton rasvan laatu -testiä ja Rasvalistausta käytettiin tutkimuksessa yhtä aikaa. Tämä toteutettiin siten, että tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa puolelle vastaajista lähetettiin kyselyn mukana Sydänliiton rasvan laatu -testi ja toiselle puolelle lähetettiin Rasvalistaus. Ruokavalion laatua mittaavat testit lähetettiin eteenpäin niin, että ne jakautuivat tasaisesti eri viestien vastaanottajaryhmien välillä.

Intervention ensimmäinen vaihe oli esitettyjen kysymysten lukumäärän kannalta raskain. Se sisälsi kysymyksiä ja mittareita liittyen tyydyttyneen rasvan määrään, demografisiin tekijöihin, ruoka-asenteisiin, terveystiiveihin, ravitsemustietämykseen, viestin kokemiseen ja itsetarkkailuun. Vastaajat altistettiin terveystieteille intervention ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa, ja heitä pyydettiin perehtymään viestiin kahdesta kolmeen minuuttiin. Interventiotutkimuksen toisessa vaiheessa pyrittiin selvittämään miten vastaajat kokevat ja luokittelevat erilaisia elintarvikkeita niiden maku- ja terveellisyysmielikuvien suhteen. Tämän vaiheen lopussa vastaajilta kysyttiin heidän mielipidettään tyydyttyneen rasvan ongelmallisuudesta suomalaisessa ruokavaliossa. Tätä ns. normatiivista uskomusta lukuun ottamatta tässä raportissa ei tulla käsittelemään tutkimuksen toisen vaiheen tuloksia. Nämä tulokset ovat seikkaperäisesti raportoitu Puskan (2012) Pro gradu -tutkielmassa. Interventiotutkimuksen kolmas vaihe oli kevyin, sillä tässä vaiheessa ei ollut mukana mitään uutta mittaria, vaan pelkästään mahdollisen muutoksen havaitsemiseen liittyvät kyselyt.

2.5 Tutkimukseen osallistuneiden taustaominaisuudet

Interventiotutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä, joka lähetettiin vastaajille kolmessa vaiheessa noin kolmen viikon välein. Vastausaikaa kyselyvaiheiden lomakkeiden palauttamiselle annettiin noin viikko. Taulukossa 4 on kuvattu tutkimuksen eteneminen ja vastaajamäärät vaiheittain ja vastaajaryhmittäin.

Taulukko 4. Vastaajamäärät interventiotutkimuksen eri vaiheissa.

Uhkaviesti/ rasvatesti	1. Vaihe huhtikuu 2011		2. Vaihe toukokuu 2011		3. Vaihe kesäkuu 2011	
	Lähetetty	Vastaukset	Lähetetty	Vastaukset	Lähetetty	Vastaukset
Yksilöllinen/ Sydänliiton rasvan laatu -testi	1250	352 (28 %)	352	218 (62 %)	218	186 (85 %)
Yksilöllinen/ Rasvalistaus	1250	345 (28 %)	345	226 (66 %)	226	176 (78 %)
Sosiaalinen/ Sydänliiton rasvan laatu -testi	1250	349 (28 %)	349	223 (64 %)	223	187 (84 %)
Sosiaalinen/ Rasvalistaus	1250	344 (28 %)	344	204 (59 %)	204	172 (84 %)
Yleinen/ Sydänliiton rasvan laatu -testi	1250	366 (29 %)	366	233 (64 %)	233	200 (86 %)
Yleinen /Rasvalistaus	1250	346 (28 %)	346	214 (62 %)	214	191 (89 %)
Vastaajia yhteensä:	7500	2102 (28 %)	2102	1318 (63 %)	1318	1112 (84 %)

Kysely lähetettiin sähköisesti 7500 vastaajalle, jotka olivat ilmoittautuneet erään markkinatutkimusorganisaation ruoan kuluttamiseen keskittyvään kuluttajapaneeleihin. Vastausaktiivisuuden takaamiseksi arvottiin jokaisen vaiheen jälkeen 10 kappaletta 20 euron arvoisia lahjakortteja ja lisäksi kaikkiin kolmeen vaiheeseen vastanneiden kesken vielä neljä kappaletta 50 euron arvoisia lahjakortteja. 7500 vastaajaa jaettiin kuuteen 1250 vastaajan ryhmään taulukon 4 osoittamalla tavalla. Kullekin ryhmälle meni siis eri terveystietojen ja tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa mittaavan kyselyn yhdistelmä. Kyselyn toteutusvaiheessa varmistettiin se, että sama vastaaja vastaanottaa kaikissa tutkimuksen vaiheissa hänen ryhmälleen suunnitellun kyselylomakkeen.

Vastausprosentiksi ensimmäisen vaiheen perusteella muodostui 28 %. Käytetyt rasvatestit erosivat toisistaan huomattavasti pituudeltaan, sillä Sydänliiton rasvan laatu -mittarissa on vain yhdeksän kohtaa, kun Rasvalistauksessa kysymyksiä on 21 täydennettynä vielä pyynnöllä määrittää kunkin tuotteen käyttömäärät. Tämän

pelättiin vaikuttavan erityisesti rasvalistauksen vastaanottaneiden ryhmien vastausmääriin, mutta kuten taulukon 4 vastausprosentista on nähtävissä, ei ryhmien vastausaktiivisuudessa ole suuria eroja rasvatestien välillä. Vastausprosentista on edelleen havaittavissa, että niistä vastaajista, jotka osallistuivat ensimmäiseen vaiheeseen, osallistui yli 60 % myös kyselyn toiseen vaiheeseen. Tämä huolimatta siitä, että osalla meni yli 40 minuuttia ensimmäisen vaiheen lomakkeen täyttämiseen. Toiseen vaiheeseen vastanneista yli 80 % vastasi vielä kolmannen vaiheen kyselyyn, joten vastaajamäärien putoaminen jäi pelättyä pienemmäksi.

Vastaajien ikä- ja sukupuolihajonnan muutos siirryttäessä ensimmäisestä vaiheesta viimeiseen on esitetty taulukossa 5. Sukupuolijakauma pysyi läpi intervention samankaltaisena. Eri viestin vastaanottaneiden ryhmien kohdalla on havaittavissa, että miesvastaajien suhteellinen osuus on kolmannessa vaiheessa suurempi silloin kun heille on esitetty raskaampi Rasvalistaus. Iän puolesta vastaajaryhmät näyttävät vanhennevan hieman kolmanteen vaiheeseen tultaessa, mutta ei kuitenkaan tilastollisesti merkitsevästi. Miesvastaajien ikä on erityisesti ensimmäisessä vaiheessa naisvastaajia suurempi, mutta ikäero tasoittuu hieman tutkimuksen viimeiseen vaiheeseen tultaessa.

Taulukko 5. Tutkimuksen 1. ja 3. vaiheisiin vastanneiden ikä- ja sukupuoli-rakenne.

Uhkaviesti/ Rasvatesti:	1. Vaihe		Ikä Ka.	3. Vaihe		Ikä Ka.
	Miehiä	Naisia		Miehiä	Naisia	
Yksilöllinen, Sydänliitto	42 %	58 %	42,65	44 %	56 %	43,72
Yksilöllinen, Rasvalistaus	49 %	51 %	43,66	49 %	51 %	45,06
Sosiaalinen, Sydänliitto	44 %	56 %	43,02	44 %	56 %	44,65
Sosiaalinen, Rasvalistaus	45 %	55 %	43,34	44 %	56 %	44,08
Yleinen, Sydänliitto	43 %	57 %	42,69	43 %	57 %	43,60
Yleinen, Rasvalistaus	45 %	55 %	43,66	48 %	52 %	44,99
Yht. vastaajia	45 %	55 %		45 %	55 %	
Ikäkeskiarvot	46,43	40,54	43,17	47,12	42,02	44,34

Vastaajien muita taustamuuttujia on käsitelty taulukoissa 6, 7 ja 8. Vastaajat ovat lähtöisin Suomen isoista kaupungeista ja erityisesti pääkaupunkiseudulta ja Tampereelta. Tämä näkyy myös vastaajien ilmoittamissa asuinpaikan kuvauksessa,

sillä vastaajista vain 7 % ilmoittaa asuvansa maaseudulla ja loput asuvat joko taa-jamassa tai kaupungin keskustassa.

Taulukko 6. Tutkimuksen 1. vaiheeseen vastanneiden asuinpaikat (N=2102).

Uhkaviesti	PK-seutu	Tampere	Jyväskylä	Turku	Muu
Yksilöllinen	45 %	30 %	18 %	3 %	4 %
Sosiaalinen	41 %	32 %	19 %	5 %	5 %
Yleinen	46 %	27 %	20 %	4 %	4 %
Yht.	44 %	29 %	19 %	4 %	4 %

Koulutukseltaan vastaajat ovat hyvin kouluttautuneita, sillä 44 % on korkeakoulu-tutkinto, 22 % opistotason tutkinto ja 29 % toisen asteen koulutus. Korkeasti kou-lutettujen määrä on siis suhteellisen korkea, mutta tämä selittyy sillä, että vastaa-jat tulevat pääasiassa kunnista, joiden asukkaat lukeutuvat koulutustasoltaan kär-kikastiin Suomessa (Suomen virallinen tilasto 2010).

Taulukko 7. Tutkimuksen 1. vaiheeseen vastanneiden koulutus (N=2102).

Uhkaviesti	Alempi kkt	Opistotaso	Ylempi kkt	Ammattik.	Lukio	Peruskoulu
Yksilöllinen	23 %	23 %	20 %	17 %	12 %	6%
Sosiaalinen	22 %	23 %	22 %	16 %	11 %	6 %
Yleinen	23 %	20 %	22 %	19 %	12 %	5%
Yht.	23 %	22 %	21 %	17 %	12 %	6%

Korkea koulutus näkyy myös vastaajien työpaikoissa. 66 % vastaajista ilmoitti tekevänsä toimistotyötä tai vastaavaa ja vain vajaa 5 % ilmoitti olevansa kyselyn aikana työtön. Niitä vastaajia, jotka ilmoittavat etteivät ole tällä hetkellä aktiivi-sesti mukana työelämässä oli yli 20 %. Taulukossa 8 on kuvattu vastaajien kuusi tyypillisintä työtilannetta. Kaikkiin viestin vastaanottajaryhmiin kuului eri työti-lanteissa olevia suurin piirtein yhtä paljon.

Taulukko 8. Tutkimuksen 1. vaiheeseen vastanneiden työtilanne (N=2102).

Uhkaviesti	Toimisto tms.	Eläkeläinen	Tehdastyö tms.	Opiskelija	Vanhempain vapaalla	Työtön
Yksilöllinen	65,8%	7,7%	7,5%	6,6%	4,7%	4,7%
Sosiaalinen	65,8%	7,6%	7,5%	6,6%	5,2%	5,2%
Yleinen	66,4%	7,9%	6,9%	6,7%	5,3%	4,2%
Yht.	66,2%	7,8%	7,3%	6,7%	5,1%	4,7%

Koska räätälöidyt viestit on suunnattu sekä yksilöllisen menestyksen että myös sosiaalisen elämän menettämisen uhan ympärille, on hyvä verrata myös vastaaja-

ryhmien perhetilannetta. Taulukossa 9 on vertailtu eri terveystietien vastaanottajien ryhmien perhekokoja ja siviilisäätymiä. Yli 70 % kaikkien viestiryhmien vastaajista elää parisuhteessa ja keskimääräinen perhekoko on alle kolme henkilöä. Mikään viestiryhmä ei eroa toisesta merkittävästi minkään mitatun demografisen mittarin osalta. Lähtökohdaltaan aineisto onkin erinomainen etsittäessä eri tavalla räätälöityjen terveystietien vaikutusta eri kuluttajaryhmissä.

Taulukko 9. Tutkimuksen 1. vaiheeseen vastanneiden siviilisäätymiä ja perhekoko (N=2102).

Uhkaviestit	Avoliitto / Avoliitto	Naimaton/eronnut/leski	Perheen koko (henkilöä ka.)
Yksilöllinen	73,7 %	26,3 %	2,64
Sosiaalinen	73,0 %	27,0 %	2,71
Yleinen	72,6 %	27,4 %	2,65
Yht.	73,1 %	26,9 %	2,67

2.6 Tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen

Toteutettu tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen, ja siksi aineistoa on analysoitu ainoastaan tilastollisilla menetelmillä. Aineisto ei esimerkiksi sisältänyt vastauksia avoimiin kysymyksiin. Empiirinen havaintoaineisto on kerätty sähköisillä kyselylomakkeilla ilman suoraa vuorovaikutusta tutkimuksen tekijän ja tutkittavan välillä. Lisäksi käsiteltävien vastaajapopulaatioiden koot ovat suuria (N=807–2102), joten yksittäisten vastaajien tulosten arvioiminen ei ole tämän tutkimusasetelman valossa tarkoituksen mukaista. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on yleisesti käytetty sisäisen ja ulkoisen validiteetin, reliabiliteetin sekä objektiivisuuden käsitteitä. Reliaabelit ja validit mittarit luovat sisäistä luotettavuutta. Ulkoiseen luotettavuuteen vaikuttaa tutkittavan vastaajapopulaation edustavuus. Objektiivinen tutkimusote takaa sen, että tutkimuksen analyysien ei ole vaikuttanut tutkimusrakenteen ulkopuoliset tekijät. (Soininen 1995: 122; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997: 36–48.)

Validiteetti kertoo siitä, että käytetyt mittarit todella mittaavat sitä, mitä niillä on tarkoituskin mitata. Tämä viittaa erityisesti sisäiseen validiteettiin. Tässä tutkimuksessa käytetyt mittarit ovat pääsääntöisesti kaikki vahvasti validoituja menetelmiä, jotka ovat olleet käytössä sekä Suomessa että ulkomailla. Ainoat validoimattomat mittarit liittyvät ruokavalion laatuun: Sydänliiton rasvan laatu -testi ja rasvalistaus, joka on kuitenkin validoitu ulkomailla (Van Assema ym. 2001). Suomalaiseen ruokavalioon sovellettava versio Rasvalistauksesta tehtiin tiiviissä yhteistyössä laillistetun ravitsemusterapeutin kanssa. Näin tässä tutkimuksessa käytetty versio rasvalistauksesta saatiin muokattua vastaamaan sisällöltään ja mit-

tausmenetelmältään alkuperäistä validoitua mittaria. Käytettäessä näitä kahta validoimatonta, mutta kuitenkin aktiivisesti käytettyä mittaustapausta rinnakkain, voidaan luoda vastaajien ruokavalion laadun muutoksesta tutkimuksen kannalta riittävän tarkka kuva intervention vaikutuksesta.

Suojelumotivaatioteoriaa ja sen sovellettavuutta terveysviestinnän runkona on kehitetty 1970-luvulta lähtien. (Witte ym. 2001: 12–19.) Teoria on todettu toimivaksi niin ulkomaisissa kuin kotimaisissakin tutkimuksissa vuosien kuluessa (ks. esim. Cox, Koster & Russell 2004; Saba, Vassallo, Shephard, Lampila, Arvola, Dean, Winkelmann, Claupein & Lähteenmäki 2010.). Tästä syystä teorian soveltaminen tässä tutkimuksessa on perusteltua ja lisää tutkimuksen sisäistä luotettavuutta. Terveys- ja makuasenteiden mallintaminen ovat itsesuojeluteoriaa huomattavasti nuorempi lähestymistapa (Roininen ym. 2001), mutta menetelmä on kuitenkin vakiinnuttanut asemansa ruokaan liitettävien uskomusten mittaamistapana. Tätä asennemittaristoa rakennettaessa käytettiin aineistona suomalaisten, hollantilaisten ja brittiläisten kuluttajien vastauksia, joten sen toimivuus on lähtökohtaisesti hyvä erilaisissa vastaajapopulaatioissa.

Myös terveystieteitä on mitattu validoidusti, vaikkakin validointi on tehty vain belgialaisten kuluttajien osalta. (Geeroms ym. 2008a; Geeroms ym. 2008b.) Terveystieteenmittausta on kuitenkin käytetty jo aikaisemmin suomalaisessa vastaajapopulaatiossa tämän tutkimuksen toteuttaneessa tutkimusryhmässä lupaavin tuloksin (Karhu ym. 2011; Hietaranta-Luoma, Karhu, Eromäki, Finne, Luomala, Nissinen, Nygård, Peltoniemi, Puolijoki, Tuuri & Hopia 2011.) Mittari on siis ollut jo käytössä kahdessa aikaisemmassa tutkimuksessa, joissa se on osoittautunut toimivaksi kuluttajaryhmittelyn työkaluksi. Lisäksi toisessa alkuperäisistä terveystieteenmittarin tutkimuksista (Geeroms ym. 2008a) havaittiin menetelmän soveltuvan erityisesti terveysviestinnän suunnitteluun. Tästä syystä tämänkään mittarin käyttö ei vaaranna tutkimuksen sisäistä validiteettia tuoreesta näkökulmasta huolimatta. Viestien kehittämisessä käytettiin itsesuojelu-, terveystieteen- ja itse-ennuste teorioita ja tähän liittyvää itsetarkkailun käsitettä. Itse-ennuste teoria tuli esiin terveysviestien loppusitaatissa ”*Kysy itseltäsi, tuletko vähentämään tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa?*” ja lisäksi myös itsetarkkailukyselynä tutkimuslomakkeessa. Myös nämä teoriat ovat olleet terveysviestinnän taustalla jo pitkään ja niitä on kehitetty nykyaikaan sopiviksi (ks. esim. O’Cass 2000; Spangenberg ym. 2003). Näiden mittareiden avulla saadaan entistä paremmin selitettyä mahdollisia muutoksia kuluttajaryhmien käyttäytymisessä tai asenteissa. Lisäksi tulostuloksissa on käsitelty myös itse-ennusteteoriaan vahvasti linkittyvän normatiivisen uskomuksen roolia, eli sitä, missä määrin viestin keskeiseen väitteeseen tyydyttyneen rasvan ongelmallisuudesta ruokavaliossa uskotaan.

Viestien ja kyselylomakkeen kehitysprosessi lisää osaltaan sisäistä validiteettia. Terveysviestien sisältö rakennettiin vahvasti teoreettisten näkökulmien ohjaamina ja niiden visuaalisen ilmeen toteutti mainosalan ammattilainen tutkimusryhmän ohjaamana. Viesteistä tehtiin yhteensä viisi eri versiota, joista kolmea kokeiltiin pilottitestissä, joissa kerättiin kuluttajien reaktiot ja palaute, joiden perusteella viestejä kehitettiin. Pilottitesteissä testattiin samalla myös käytettyjen kyselylomakkeiden toimivuutta. Lomakkeita muokattiin, mikäli kommentteista ilmeni epäselvyyksiä kysymysten asettelusta tai viittaussuhteista, ja niitä kehitettiin myös vuorovaikutuksessa muiden tutkijoiden kanssa. Lisäksi, kuten aikaisemmin jo kerrottiin, oli ruokavalion laatua mittaavan kyselyn kehittämisessä mukana ravitsemustieteiden ammattilainen. Näin siitä saatiin muokattua toimiva kokonaisuus varsinaisessa tutkimuksessa käytettäväksi. Lopullisessa kyselytutkimuksessa ei ollut mukana niitä vastaajia, jotka osallistuivat pilottitesteihin. Vastaajia ei manipuloitu muulla viestinnällä tutkimusryhmän osalta, eikä heille kerrottu tutkimuksen tarkoitusta. Ainoa yritys vaikuttaa, oli 20–50 euron arvoisten lahjakorttien arpominen vastaajien kesken tutkimuksen jokaisen vaiheen lopussa. Mikäli vastaaja osallistui kaikkiin vaiheisiin, hän osallistui arvontaan kolme kertaa. Sisäisen validiteetin voidaan arvioida siis olevan hyvä, sillä tutkittavien vastaamiseen on vaikutettu sekoittavilla tekijöillä mahdollisimman vähän.

Sisäiseen validiteettiin voi vaikuttaa heikentävästi se, että kaikki vastaajat värvättiin samasta ruoan kuluttamisen paneelistä. Voidaan siis olettaa, että heillä on lähtökohtaisesti voimakas kiinnostus elintarvikkeita ja terveyttä kohtaan, ja ehkä normaalia analyttisempää ajattelukykyä tähän tutkimukseen vastatessaan. Ulkoista validiteettia tarkasteltaessa voidaan kuitenkin huomata, että otos on suhteellisen edustava verrattuna väestöön (ks. alaluku 2.5) ja tästä syystä tulosten yleistettävyys ei ole välttämättä ongelma. Sukupuolijakauma oli ensimmäisessä vaiheessa jonkun verran naisenemmistöinen (miehiä 45 % ja naisia 55 %). Jos tätä jakaumaa tarkastellaan suhteessa vastaajien keski-ikään (43,2), niin tulos ei vastaa sukupuolijakaumaa koko väestössä. Tilastokeskuksen (2010) mukaan sukupuolijakauma on miesenemmistöinen ikäluokkiin 55–60 vuotta saakka, jonka jälkeen jakauma taittuu naisenemmistöksi. Saattaa olla, että naisvastaajat kiinnostuivat miehiä enemmän tämän tyylisestä kyselytutkimuksesta. Vastaajat ovat pääsääntöisesti suurista kaupungeista. Tilastokeskuksen (2012a) mukaan, väestö on keskittynyt suuriin asutusalueisiin ja kaupunkeihin. Täten vastaajat edustavat asuinpaikkojensa perusteella koko väestöä aika hyvin. Lisäksi perheen keskimääräinen koko vastaa hyvin perheiden keskimääräistä kokoa Suomessa. Työtilannetta tarkasteltaessa (Tilastokeskus 2012c) vastaajat ovat paremmin työllistettyjä kuin koko väestö, sillä vuoden 2011 alussa työttömien määrä oli 7,8 %. Lisäksi työpaikat ovat muuhun väestöön verrattuna keskittyneet enemmän toimistotyöhön. Tätä voi selittää suhteellisen korkea koulutustaso suhteessa muuhun väes-

töön (Tilastokeskus 2012b). Vaikka vastaajista löytyy tiettyjä eroja Suomen koko väestörakenteeseen verrattuna, voidaan otosta kuitenkin pitää edustavana ja suhteellisen hyvin yleistettävänä. Vastaajien kokonaisväestöön verrattuna korkeampi koulutustaso ja voimakkaampi toimistotyöpainotteisuus saattavat kertoa siitä, millaiset ihmiset ovat kiinnostuneempia ottamaan osaa tämän tyyliin tutkimuksiin.

Aineistoa on käsitelty tässä vaiheessa pääsääntöisesti tutkimusryhmän yksi jäsen, mutta saatuja tuloksia ja johtopäätöksiä on ollut arvioimassa myös toinen tutkija. Lisäksi tutkimusraportti on ollut arvioitavana koko TERVAS-hankkeen tutkimusryhmällä ennen sen julkaisua. Tulosten luotettavuus on täten altistettu kritiikille ja niitä ja niiden tulkitsemista on käsitelty tutkijoiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tutkimuksen asetelma on esitelty ulkopuolisille tutkijoille ja sitä on muokattu tarpeen tullen. Aineiston käsittelyssä on ollut apuna lisäksi ulkopuolinen tilastotieteen asiantuntija. Vaikka TERVAS-hankkeen taustalla on EU:n alue- ja yksityisten yritysten antamaa rahoitusta, niin näiden rahoittajien edustajat eivät ottaneet osaa tai vaikuttaneet keskeisten tutkimuksellisten päätösten tekoon, tai intervention käytännön toteutukseen.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä vasten tulkiten voidaan tutkimuksen asetelma, käytetyt mittarit, analyysit ja tulosten siirrettävyys arvioida olevan luotettavuudeltaan vähintäänkin kohtuullisella tasolla. Aineisto on hankittu käyttäen pääsääntöisesti validoituja ja paljon käytettyjä mittareita, vastaajat edustavat kohtalaisesti Suomen väestörakennetta ja aineiston analyysit on tehty asiantuntijaryhmän avustuksella mahdollisimman objektiivisesti. Tulokset ovat vertailukelpoisia aiemmin tuotetun tutkimusdatan kanssa ja niiden taustalla olevat analyysit on tehty johdonmukaisesti parhaan mahdollisen tietämyksen valossa.

3 TULOKSET: MITEN KIINNOSTUS TERVEYTTÄ KOHTAAN NÄKYY ERI KULUTTAJARYHMISSÄ?

Kuluttajatutkimuksen ja markkinoinnin eräitä peruseriaatteita on asiakaskohde-ryhmien tunnistaminen. Yleisiä segmentointityökaluja ovat kuluttajien demografiset muuttujat, kuten sukupuoli, ikä tai asuinpaikka, mutta kuluttajia voidaan luokitella tehokkaasti myös psykologisten muuttujien avulla. Näin tunnistettuja kuluttajaryhmiä lähestytään markkinoinnillisesti heidän piirteidensä mukaisesti pyrkien räätälöimätöntä markkinointia tehokkaammin vaikuttamaan heidän kulkutuskäyttäytymiseensä. Tätä samaa logiikkaa on sovellettu tässä tutkimuksessa kuluttajien terveystkäyttäytymisen muuttamiseksi. Miten kuluttajia voidaan luokitella, kun näkökulma on siirtynyt tuotteiden markkinoinnista terveellisen elämän edistämiseen? Tämän pääluvun empiiriset analyysit perustuvat tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen osallistuneiden vastauksista (N=1995). Alkuperäisestä vastaajamäärästä karsittiin hieman heikosti vastanneita (ks. alaluku 3.2). Tarkoituksena on antaa laaja kuva eri kuluttajaryhmien välillä vallitsevista eroista ja yhtäläisyyksistä heidän ravitsemustietämyksessään, ruoka-asenteissaan ja syömisikäyttäytymisessään (tydyttyneen rasvan saannin suhteen). Intervention tuloksellisuuden arvioinnin kannalta lähtötason tulosten perusteellinen ymmärtäminen on ensiarvoisen tärkeää.

3.1 Sukupuolen perusteella muodostetut ryhmät

Kuluttajien ryhmittely miehiin ja naisiin valittiin tässä tutkimuksessa ainoaksi puhtaasti demografiseen muuttujaan perustuvaksi luokittelumenetelmäksi. Sukupuolten väliseen tarkasteluun ryhdyttiin siitä syystä, että aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu selkeitä eroja miesten ja naisten terveystkäyttäytymisessä. (ks. esim. Roininen ym. 2001.) Taulukossa 10 on esitetty sukupuolten väliset erot interventiotutkimuksen ensimmäisen vaiheen tulosten perusteella (painoindeksi, ruokavalion laatu ja ravitsemustietämys). Lisäksi taulukossa on esitetty mahdolliset tilastollisesti merkitsevät erot sukupuolten välillä esitetyissä mittareissa. Tässä ja tulevilla taulukoissa on otettu vertailuun erityisesti muuttujia, joiden perusteella myöhemmin tarkastellaan intervention vaikutuksista eri vaiheiden välillä.

Painoindeksin perusteella mitattuna miehet ovat merkitsevästi tukevammassa kunnossa kuin naiset. Tämä heijastuu hyvin myös ruokavalion laatua mittaavissa kyselyissä. Tosin on kiinnostavaa havaita, että Rasvalistauksen tulosten perusteella naisten ruokavalio on merkitsevästi terveellisempi miehiin verrattuna, kun puolestaan Sydänliiton mittarilla saatujen tulosten mukaan miesten ja naisten ruoka-

valiot ovat lähes samalla tasolla tyydyttyneen rasvan suhteen. Sydänliiton mittarin perusteella miesten ruokavalio on jopa hieman paremmassa kunnossa naisiin verrattuna (Sydänliiton rasvan laatu -mittarin tulos on sitä parempi mitä suurempi saatu pistemäärä on). Ravitsemustietämys on naisilla merkitsevästi paremmalla tasolla miehiin verrattuna. Painoindeksin, rasvalistauksen ja ravitsemustietämyksen perusteella naisten ryhmän terveyskäyttäytyminen on paremmalla tolalla miehiin verrattuna.

Taulukko 10. Sukupuolen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien vertailu painoindeksin, ruokavalion laadun ja ravitsemustietämyksen perusteella (N=1995).

	Mies	Nainen	p-arvo
Painoindeksi	27,7	26,1	0,00
Sydänliitto	17,34	17,19	0,62
Rasvalistaus	14,08	11,25	0,00
Ravitsemustietämys	5,91	6,50	0,00

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Taulukossa 11 on tehty vertailu miesten ja naisten terveys- ja makuasenteiden suhteen. Kuten terveys- ja makuasenteiden tarkasteluissa on ennemminkin havaittu (Roininen ym. 2001), on sukupuolella tässäkin tutkimuksessa vaikutusta asenteisiin. Mielenkiintoista on kuitenkin havaita, että siinä missä naisilla on merkitsevästi positiivisempi asenne lähes jokaisessa mittarin asenneulottuvuudessa, on miesten asenne merkittävästi positiivisempi kevyttuotteita kohtaan. Tämä on esimerkiksi aikaisemman ruokavalion laatua vertailevan tarkastelun kannalta mielenkiintoinen tulos, sillä rasvalistauksen tulosten perusteella miehet syövät kuitenkin merkitsevästi rasvaisempaa ruokaa naisiin verrattuna.

Taulukko 11. Sukupuolen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien vertailu terveys- ja makuasenteiden perusteella (N=1995).

	Mies	Nainen	p-arvo
Yleinen terveyskiinnostus	4,29	4,67	0,00
Kiinnostus kevyttuotteita kohtaan	3,72	3,49	0,00
Kiinnostus luomutuotteita kohtaan	4,29	4,78	0,00
Herkutteluhimo	4,23	4,60	0,00
Ruoan käyttö palkintona	3,79	4,00	0,00
Nautiskelu	4,66	4,89	0,00

Naiset näyttäisivät näiden tulosten valossa asennoituvan positiivisemmin sekä ruoan terveellisyyteen että makuun liittyviin elementteihin. Kokevatko naisvas-
taajat kevyttuotteet esimerkiksi niiden sisältämien lisäaineiden takia epäterveelli-
semmiksi kuin esimerkiksi luomutuotteet, vai voiko naisten voimakas positiivinen

asenne esimerkiksi nautiskelua kohtaan vaikuttaa siihen, että kevyttuotteita ei koeta tarpeeksi nautinnollisiksi? Miesten ja naisten muodostamat kuluttajaryhmät eroavat siis monilta osin toisistaan jopa merkittäväällä tasolla. Nähtäväksi kuitenkin jää, että miten nämä eroavaisuudet sukupuolten terveyskäyttäytymisessä, -asenteissa ja ravitsemustietämyksessä tulevat esiin intervention tuloksia tarkasteltaessa, ja onko joku käytetyistä terveysviesteistä ”kolahtanut” jommallekummalle sukupuoliryhmälle paremmin?

3.2 Terveysmotiivien erilaisen painottamisen perusteella muodostetut ryhmät

Terveysmotiivipohjaisen kuluttajaryhmittelyn muodostamisprosessin aikana epätäydellisesti mittariston väittämiin vastanneet karsittiin pois, jotta pystyttäisiin löytämään ne kuluttajat, joiden terveysmotiivit eroavat toisistaan. Tässä tutkimuksessa ryhmittelyn taustafaktorit muodostettiin summamuuttujapohjalta käyttäen Geeroms ym. (2008a) kuutta faktoria (ks. alaluku 2.2), koska niitä oli jo käytetty terveysviestejä suunniteltaessa. Toisenlaisen faktorirakenteen hyväksyminen klusterointiratkaisun taustalle olisi vaikeuttanut tavoiteltujen kohderyhmien tunnistamista. Huolimatta siitä, että faktorirakenne jouduttiin tavallaan pakottamaan esiin, oli yksittäisten faktoreiden sisäiset johdonmukaisuudet joko kohtalaisella tai hyvällä tasolla (ks. Cronbachin alfat taulukossa 12).

Taulukko 12. Kuluttajien ryhmittelyä varten muodostettujen faktoreiden reliabiliteetit.

Terveys on...	Cronbachin alfa
...energiaa	0,745
...emotionaalista hyvinvointia	0,870
...sosiaalista vastuullisuutta	0,810
...fyysistä hyvinvointia	0,769
...itsehallintaa	0,880
...ulkoista olemusta	0,883

Alkuperäisessä terveysmotiivimittarissa on 45 väittämää, joista lopulta käytettiin vain 34 väittämää. Interventiotutkimuksessa kokeiltiin aluksi myös 45 väittämän kyselyä, mutta kuluttajaryhmittelyn luomista varten mukaan otettiin em. 34 väittämää, koska Geeroms ym. (2008a) tuloksia käytettiin tämän tutkimuksen valmisteluvaiheessa. Vastaajien klusterointi toteutettiin hierarkkista Wardin menetelmää hyväksikäyttäen. Huolimatta epätäydellisten vastausten eliminoimisesta, oli alustavissa klusterointikokeiluissa havaittavissa ongelmia sen takia, että osa vastaajista oli käyttänyt skaalan yläpäästä (4–7) ja että alapäästä (1–3). Näiden vaihteluiden

huomioiminen oli kuitenkin mahdollista SPSS-ohjelmassa käyttämällä klusteroinnin yhteydessä standardisointia keskiarvon perusteella. Tällä menetelmällä saatiin kaikki muuttujat vaikuttamaan tasaisemmin tuloksiin (Norusis 2011: 365–366).

Kuluttajaryhmiä segmentoidessa oli tavoitteena, että saataisiin luotua ryhmiä, jotka selkeästi erottuvat niiden tärkeiksi pitämien terveystieteellisyysluottuvuuksien suhteen. Tästä syystä testattiin useita faktorointi- ja klusterointimenetelmiä ja niiden yhdistelmiä tyydyttyvän tuloksen saamiseksi. Ihannetapauksessa kuluttajaryhmät profiloituivat erityisesti 1–2 terveystieteellisyysluottuvuuteen, mikä helpottaa ryhmiä puhuttelevien terveystieteellisyysviestien laatimista. Taulukossa 13 on kuvattu luotujen kuluttajaryhmien vastauskeskiarvot koskien eri terveystieteellisyysluottuvuuksien arvostamista. Taulukossa esitetyt luvut ovat em. kuluttajaryhmien vastauskeskiarvoja (1–7) kunkin terveystieteellisyysluottuvuuden osalta. Keskiarvojen alla olevat kirjaimet tilastollisesti merkitseviin eroihin ($p \leq 0,05$) ryhmien välillä. Lihavoiduilla numeroilla viitataan eri kuluttajaryhmiä profiloiviin keskiarvoihin. Tunnistettujen kuluttajaryhmien koot vaihtelevat jonkin verran. Tämä näkyy erityisesti D-ryhmän pienessä suhteellisessa osuudessa. Muiden neljän ryhmän suhteelliset osuudet liikkuvat 20–30 % välillä kokonaispopulaatiosta. Luvussa 3.2.1 on esitetty tarkempi kuvaus kuluttajaryhmien profiileista ja kokosuhteista.

Taulukko 13. Kuluttajaryhmien tunnistaminen erilaisten terveystieteellisyysluottuvuuksien painottamisen perusteella. (N=1995)

Terveys on...	A. Terveystieteellisyysluottuvuudet	B. Rennot nautiskelijat	C. Ihmisläheiset rationalistit	D. Perhekeskeiset hoivaajat	E. Itsekeskeiset menestyjät
...energiaa	5,45 (B C D)	5,15 (C D)	4,64	4,59	5,34 (B C D)
...emotionaalista hyvinvointia	5,63	5,68	5,76 (E)	5,63	5,60
...sosiaalista vastuullisuutta	5,64 (E)	5,77 (E)	5,97 (A B E)	6,00 (A B E)	5,35
...fyysistä hyvinvointia	5,45	5,45	5,51	5,40	5,45
...itsehallintaa	3,52 (D)	4,99 (A C D)	3,75 (A D)	2,08	5,49 (A B C D)
...ulkoista olemusta	4,13 (C D)	4,36 (A C D)	3,40 (D)	2,61	5,21 (A B C D)

3.2.1 Terveysmotiivipohjaisten kuluttajaryhmien profilointi

Kuluttajaryhmien profiloinnissa on käytetty terveystietokyselyn lisäksi myös muiden mittareiden tuloksia. Taulukossa 14 ja 15 on esitetty tunnistettujen kuluttajaryhmien demografiset, ruokavalioon ja asenteisiin liittyvät ominaispiirteet. Tiettyjä interventiotutkimuksen vaikutuksen selvittämiseen käytettyjä mittareita käytettiin myös profiloinnissa. Taulukoissa on osoitettu tilastollisesti merkitsevät erot ryhmien välillä ($p \leq 0,05$) niitä vastaavilla kirjaimilla.

Taulukko 14. Terveysmotiivipohjaisten kuluttajaryhmien demografiset ja ravinnon käyttöön liittyvät ominaispiirteet. (N=1995)

	A. Terveystietoiset liikkujat n=321	B. Rennot nautiskelijat n=617	C. Ihmisläheiset rationalistit n=390	D. Perhekeskeiset hoivaajat n=158	E. Itsekeskeiset menestyjät n=509
Miehiä	38,9 %	49,3 %	42,8 %	40,4 %	49,4 %
Naisia	61,1 %	50,7 %	57,2 %	59,6 %	50,6 %
Ikä (ka.)	44,01	44,27	45,42	47,64	42,58
Alle 30v	15,0 %	17,6 %	11,3 %	10,1 %	24,3 %
30v-60v	75,0 %	70,7 %	78,4 %	77,5 %	62,7 %
Yli 60v	10,0 %	11,6 %	10,4 %	12,4 %	12,9 %
Avio-/Avoliitto	70,0 %	75,5 %	77,9 %	70,8 %	64,7 %
Asuu yksin	30,0 %	24,5 %	22,1 %	29,2 %	35,3 %
Perheen koko	2,62	2,65	2,72	2,63	2,44
Korkeakoulu	51,1 %	46,9 %	39,6 %	38,2 %	48,2 %
2. aste	44,4 %	47,1 %	55,0 %	57,3 %	46,6 %
Työssä	76,1 %	70,8 %	73,5 %	69,7 %	71,0 %
Työtön	6,1 %	4,8 %	4,5 %	5,6 %	5,1 %
Eläkeläinen	6,7 %	10,1 %	9,9 %	13,5 %	9,0 %
Opiskelija	6,7 %	7,5 %	5,0 %	1,1 %	8,6 %
Valmistaa ruokaa kotona	92,8%	90,4%	89,2%	86,5%	86,3%
Käy säännöllisesti ruokaostoksilla	97,2%	97,0%	93,2%	92,1%	94,1%
Yrittänyt laihduttaa	67,2 %	66,0 %	70,3 %	64,0 %	70,2 %
Yrittänyt vähentää rasvan määrää ruokavaliossa	81,7 %	73,7 %	78,8 %	75,3 %	78,8 %
Painoindeksi (1.vaihe)	25,29	27,18 (A E)	27,24 (A E)	27,70 (A E)	26,04
Ravitsemustietämys (1.vaihe)	6,56 (B C E)	6,27	6,23	6,42	6,29
Normat. uskomus tyydyttyneen rasvan vaarallisuudesta	138 (77 %)	246 (73 %)	170 (77 %)	60 (67 %)	193 (76 %)

Taulukko 15. Terveysmotiivipohjaisten kuluttajaryhmien ruokaan liittämät terveystietoisuus- ja makuasenteet.

Ruoka-asenne:	A. Terveystietoiset liikkujat	B. Rennot nautiskelijat	C. Ihmisläheiset rationalistit	D. Perhekeskeiset hoivaajat	E. Itsekeskeiset menestyjät
Yleinen terveystietoisuus	4,59	4,47	4,43	4,48	4,46
Kiinnostus kevyttuotteita kohtaan	3,69 (C D)	3,55 (D)	3,42	3,14	3,76 (B C D)
Kiinnostus luomutuotteita kohtaan	4,70 (B E)	4,48	4,61	4,79 (B E)	4,41
Herkutteluhimo	4,66 (B)	4,34	4,41	4,70 (B)	4,49
Ruoan käyttö palkintona	4,12 (B C D)	3,84	3,79	3,70	4,03 (C D)
Nautiskelu	4,83	4,79	4,83	4,81	4,71

A-ryhmä nimettiin **Terveystietoisiksi liikkujiksi** (16 %). Tämä kuluttajaryhmä on terveystietoisuudensa perusteella profiloitunut erityisesti energisyyden suhteen. Tämän terveystietoisuuden taustalla on väittämää, jotka kuvaavat erityisesti urheilullisen ja energisen elämän tärkeyttä. Tämä heijastuu vahvana minäkeskeisyytenä, joskin myös perhe yhdistetään jossain määrin keskeiseksi osaksi terveyttä. Yksilöllisyys näkyy myös siinä, että ryhmässä on terveystietoisuusrivistä toiseksi eniten yksin asuvia henkilöitä. Ryhmä on naisemmistöinen, korkeimmin koulutettu ja sen jäsenet ovat muihin ryhmiin verrattuna eniten työelämässä. Yhtäältä ryhmässä on myös eniten työttömiä, mutta taas toisaalta vähiten eläkeläisiä. Ryhmä valmistaa aktiivisimmin ruokansa itse ja käy säännöllisesti ruokaostoksilla. Terveystietoiset liikkujat ovat Itsekeskeisten menestyjien (E) kanssa painoindeksin perusteella merkitsevästi hoikemmassa kunnossa oleva ryhmä Rentoihin nautiskelijoihin (B), Ihmisläheisiin rationalisteihin (C) ja Perhekeskeisiin hoivaajiin (D) verrattuna. Tämä ryhmä on aktiivisimmin yrittänyt vähentää rasvan määrää ruokavaliossa ja heillä on Rentoihin nautiskelijoihin, Ihmisläheisiin rationalisteihin ja Itsekeskeisten menestyjiin verrattuna merkittävästi parempi ravitsemustietämys. Terveystietoisissa liikkujissa on Ihmisläheisten rationalistien lisäksi kaikista eniten vastaajia, jotka uskovat tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen (ns. normatiivinen rasvauskomus).

Ruoka-asenteidensa perusteella Terveystietoiset liikkujat nousevat esiin sekä terveydellisten että nautinnollisten osa-alueiden kohdalla. Kiinnostus kevyttuotteita kohtaan on merkitsevästi korkeampi kuin Ihmisläheisillä rationalisteilla ja Perhekeskeisillä hoivaajilla ja kiinnostus luomutuotteita kohtaan on voimakkaampi kuin Rennoilla nautiskelijoilla ja Itsekeskeisillä menestyjillä. Myös heidän yle-

nen terveyskiinnostuksensa on korkeammalla tasolla kuin muilla ryhmillä, mutta merkitseviä eroja ei ilmene. Terveysorientoituneesta asenteesta huolimatta ryhmä suhtautuu positiivisesti ruoan käyttöön palkintona, ja he ovat sallivia myös herkutteluhimoa kohtaan. Koska terveellinen ja aktiivinen elämä on kuitenkin tälle kuluttajaryhmälle tärkeä motiivi, niin mahdollisesti tietynasteinen herkuttelu nähdään myös sopivana palkintona itsestään huolehtimisesta.

B-ryhmä nimettiin terveysmotiivien painottamisen perusteella **Rennoiksi nautiskelijoiksi** (31 %). Tämä ryhmä ei profiloitu erityisesti minkään terveysmotiiviuottuvuuden perusteella, mutta niistä erityisesti emotionaalinen hyvinvointi tulee hyvin esiin. Väittämätasolla erityisesti sosiaalisesti aktiivisen elämän tärkeys korostuu. Muihin ryhmiin verrattuna Rennot nautiskelijat ovat Itsekeskeisten menestysten rinnalla erittäin voimakkaasti profiloituneet itsehallinnan ja ulkoisen olemuksen vaalimisen suhteen, joita voidaan pitää voimakkaan yksilöllisinä terveysmotiiveina. Miehiä on tässä ryhmässä ja Itsekeskeisissä menestyjissä suhteellisesti eniten. Vaikka yksilölliset piirteet kuvaavatkin tätä ryhmää, on heissä toiseksi vähiten yksineläjiä. Ryhmän jäseniä on toiseksi vähiten työelämässä ja toiseksi eniten eläkeläisinä ja opiskelijoina. He ovat Terveystietoisten liikkujien kanssa aktiivisimpia kotikokkaajia ja säännöllisimpiä ruokaostoksien tekijöitä ja heidän painoindeksinsä on korkeimmasta päästä ja ravitsemustietämyksensä heikkoa. Rennot nautiskelijat ovat muihin verrattuna yrittäneet harvimmin vähentää rasvan määrää ruokavaliossaan ja lisäksi he ovat toiseksi harvimmin yrittäneet laihtuttaa.

Ruoan maun ja terveellisyyden tärkeyttä tarkasteltaessa Rentojen nautiskelijoiden asenne on negatiivisin luomutuotteita kohtaan, mutta keskimääräistä positiivisempi kevyttuotteita kohtaan. Lisäksi he ovat kriittisempiä herkutteluhimoa ja ruoan käyttöä palkintona kohtaan kuin muut terveysmotiiviryhmät. Tämän ryhmän maku- terveysasenteet ovat hieman ristiriidassa ryhmän muiden taustamuutustujen kanssa. Esimerkiksi kevyttuoteasenteen olisi voinut olettaa olevan kielteisempi, koska ryhmä on pyrkinyt vähentämään rasvan määrää ruokavaliossa kaikista vähiten. Vähäinen ravitsemustietämys voi toisaalta viitata siihen, että ryhmä kyllä pyrkii syömään kevyesti, mutta ilman tietoa siitä mikä on terveellistä. Voi myös olla, että positiivinen asenne kevyttuotteita kohtaan ja kielteinen asenne herkuttelua ja palkintosyöntiä kohtaan kertovat piilevästi siitä, että ryhmällä on halu parantaa ruokavaliotaan.

C. ryhmä nimettiin **Ihmisläheisiksi rationalisteiksi** (20 %). Terveysmotiiveista tämä ryhmä reagoi muita voimakkaammin sekä emotionaaliseen että fyysiseen hyvinvointiin. Lisäksi sosiaalinen vastuullisuus profiloi Ihmiskeskeisiä rationalisteja erittäin voimakkaasti ja he jakavat tämän piirteen Perhekeskeisten hoivaajien kanssa. Ihmiskeskeiset rationalistit ovat vahvasti me-henkinen kuluttajaryhmä,

vaikka heidänkin terveystieteiden sävyttävät myös yksilölliset piirteet. niiden ilmeneminen jää kuitenkin terveystieteen yksittäisten väittämien tasolle, ja esimerkiksi energisuus- ja ulkonäkötekijät eivät korostu. Miesten ja naisten osuuden suhteen tämä ryhmä sijoittuu keskelle: jakauma ei ole ryhmien tasaisin, mutta ei myöskään epätasaisin. Ihmisläheisissä rationalisteissa on muihin ryhmiin verrattuna eniten parisuhteessa eläviä ja suuren perheen omaavia. Koulutustaso on ryhmien matalimpia, mutta heissä on toiseksi eniten työssäkäyvien ja vähiten työttömiä. Kotikokkauksen ja ruokaostoksilla käynnin suhteen tämä terveystieteen-viryhmä edustaa keskivertotasoa. Painonpudotus tunnetaan ryhmässä hyvin, sillä he ovat Itsekeskeisten menestyjien lisäksi aktiivisia laihduttajia ja ruokavalion rasvan määrän vartijoita. Heidän ravitsemustietämyksensä on matalin ja painoindeksi korkealla ainakin Terveystietoisiin liikkujiin ja Itsekeskeisiin menestyjiin verrattuna.

Ruoan terveys- ja makuasenteiden suhteen Ihmisläheiset rationalistit profiloituvat aika heikosti muihin ryhmiin verrattuna. Kiinnostus kevyttuotteita kohtaan ja suhtautuminen ruoan käyttöön palkintona on matalammalla tasolla Terveystietoisiin liikkujiin ja Itsekeskeisiin menestyjiin verrattuna. Ruoka-asenteiltaan Ihmisläheiset rationalistit ovat siis samoilla linjoilla Rentojen nautiskelijoiden kanssa, mutta eroavat terveyden tavoittelun suhteen minä/me -näkökulman osalta. Tässä ja Terveystietoisien liikkujiin ryhmässä on prosentuaalisesti eniten normatiivisen rasvauskomuksen omaavia, mutta nämä kaksi ryhmää eroavat esimerkiksi painoindeksin, ravitsemustietämyksen, kotona kokkauksen ja säännöllisten ruokaostosten yleisyyden kohdalla toisistaan merkitsevästi. Näyttää siltä, että ryhmälle on tärkeää hyvän terveyden suoma mahdollisuus sosiaalisten suhteiden ylläpitoon ystäväpiirin kanssa.

D-ryhmälle annettiin nimi **Perhekeskeiset hoivaajat** (8 %). Tätä selvästi pienikokoisinta ryhmää motivoi terveydessä erityisesti sen suoma kyky muista huolehtimiseen, kun taas itsehallinnan ja ulkoisen olemuksen motiivit eivät ole lainkaan tärkeitä. Tämän ryhmän näkökulma terveyteen onkin erittäin me-henkinen ja perhekeskeinen verrattuna esimerkiksi Ihmisläheisiin rationalisteihin, joiden mehenkisyys on enemmän ystäväkeskeistä. Tämän ryhmän sukupuolijakauma on samankaltainen Terveystietoisien liikkujiin kanssa ja perherakenteetkin vastaavat hyvin toisiaan. Perhekeskeiset hoivaajat ovat heikoiten koulutettuja ja työllistyneitä. Opiskelijoita on huomattavasti vähemmän muihin ryhmiin verrattuna ja eläkeläisiä on suhteessa eniten. Tämän selittää osaltaan heidän muita korkeampi keski-ikä. Perhekeskeisestä terveystieteen näkökulmastaan huolimatta he harrastavat vähiten kotikokkausta Itsekeskeisten menestyjien ohella ja käyvät ruokaostoksilla ryhmistä harvimmalla. Perhekeskeiset hoivaajat ovat harvimmalla yrittäneet laihduttaa ja heidän painoindeksinsä on terveystieteen-viryhmistä korkeimmalla tasolla.

Kuitenkin muista painoindeksiltään korkeista ryhmistä poiketen on Perhekeskeisten hoivaajien ravitsemustietämys hieman korkeammalla tasolla.

Ruoan terveys- ja makuasenteiden suhteen Perhekeskeiset hoivaajat edustavat positiivista asennetta luomutuotteita ja herkutteluhimoa kohtaan. Kevyttuotteiden ja ruoan käytön palkintona suhteen tämän ryhmän asenteet ovat terveysmotiiviryhmistä epäsuotuisimmat. Ryhmän asenteisiin on saattanut vaikuttaa viime aikoina käyty kyseenalaistava keskustelu tyydyttyneiden rasvojen vaarallisuudesta, ja siksi kevyttuotteiden arvostus on voinut laskea ja luomutuotteiden kohota. Tähän voisi viitata se, että tässä ryhmässä uskotaan vähiten tyydyttyneiden rasvojen vaarallisuuteen. Satunnainen herkuttelu vaikuttaisi olevan ryhmälle sallittua, mutta heidän mielestään ruokaa ei saisi käyttää palkitsemiskeinona. Tämä asenne voi juontaa juurensa perhekeskeiseen ajatteluun liittyvästä lasten ”karkkipäivän” ideasta, jona herkuttelu on sallittu. On myös mahdollista, että heidän korkea ravitsemustietämyksen tasonsa saa heidät uskomaan, että napostelu on epäterveellistä, ja että makupaloilla ei saa palkita. Perhekeskeiset hoivaajat näyttävät kunnioittavan perinteisiä ruokailutapoja, joiden mukaan syödään ruoka-aikana ja arvostetaan kotona tai lähialueella kasvatettua puhdasta ruokaa. Näin kevyttuotteet voivat aiheuttaa heissä mielikuvan keinotekoisesta elintarvikkeesta.

E-ryhmä nimettiin **Itsekeskeiseksi menestyjiksi** (25 %) erityisesti heidän minäkeskeisten terveysmotiivipreferenssiensä takia. Itsehallinta ja ulkoinen olemus ovat tällä ryhmällä merkittävästi voimakkaammin latautuneita terveysmotiiveita muihin ryhmiin verrattuna. Menestyminen, vaikutusvalta, kauneus, tyylikkyys sekä muut vastaavat itsekeskeiset seikat ovat tälle ryhmälle hyviä syitä tavoitella terveyttä. Tätä yksilökeskeisyyttä korostaa vielä se, että sosiaalinen vastuullisuus on muilla neljällä ryhmällä korkeimmin latautunut terveysmotiiviulottuvuus, mutta Itsekeskeisten menestyjien kohdalla lataus on vasta neljänneksi isoin. Heillä on lisäksi muihin ryhmiin verrattuna voimakas lataus energisyyttä kohtaan, joka on myös erittäin yksilöllinen terveysmotiivi. Sukupuolijakaumaltaan tämä ryhmä on suurin piirtein tasapainossa miesten ja naisten osuuksien suhteen. Perherakenteeltaan ryhmässä on eniten yksin eläviä henkilöitä ja siksi myös perheiden koot ovat muihin verrattuna pieniä. Tämä ryhmä on toiseksi kouluttautunein mutta työllistyneiden osuutta syö suuri eläkeläisten ja opiskelijoiden määrä. Opiskelijoiden ja yksinelävien määrä tässä ryhmässä liittyy sen matalaan keski-ikään ja suureen alle 30-vuotiaiden osuuteen. He valmistavat kotona ruokaa Perhekeskeisten hoivaajien kanssa ryhmistä harvimmin, mutta käyvät kuitenkin suhteellisen usein säännöllisesti ruokaostoksilla. Laihdutuksen ja rasvan määrän vähentämisen suhteen tämä ryhmä ja Ihmisläheiset rationalistit ovat aktiivisimpia. Painoindeksiltään tämä ryhmä on Terveystietoisien liikkujien kanssa merkitsevästi muita kolmea kevy-

Viestin kokemisen mittaamiseen käytettiin yhdeksän muuttujaa, joista kukin sisälsi 1–6 väittämää. Psykologinen epämukavuus (Elliot & Devine 1994) ja Asenne viestiä kohtaan (Geeroms ym. 2008), sekä suojelumotivaatioteoriaan liittyvät annetun uhan koettu vakavuus, koettu alttius annetulle uhalle, viestin pelottavuus, elämäntapamuutoksen tehokkuus, oma koettu kyvykkyys toteuttaa elämäntapamuutos, elämäntapamuutoksen koetut kustannukset ja aikomus muuttaa omaa elämäntapaa (Milne, Orbell & Sheeran 2002) olivat analysoitavat muuttujat. Tutkimuksen teoreettisen taustan perusteella vastaajan itse tärkeinä pitämiin terveysmotiiveihin vetoavan viestin tulisi aiheuttaa voimakkaimmat reaktiot edellä mainituissa mittareissa. Tuloksia tarkasteltaessa teorian mukaiset odotukset täyttyivät tiettyjen viestien ja kuluttajaryhmien osalta, mutta samalla oli havaittavissa myös ne, että viestit aiheuttivat joitain voimakkaita reaktioita muissakin ryhmissä.

Taulukossa 16 on nostettu esiin esimerkkejä tilanteista, joissa teoreettinen rakenne osoittautui toimivaksi. Lihavoidulla ryhmän nimellä viitataan voimakkaampaan reaktioon. Taulukosta on tulkittavissa se, että tietyissä tilanteissa sekä yksilöllisen että sosiaalisen uhan viesti ovat vaikuttaneet haluttuihin ryhmiin toivotulla tavalla. Tähän on kuitenkin otettu mukaan vain ne ryhmävertailut, joissa teoreettinen asetelma on toteutunut. Näiden lisäksi oli havaittavissa, että tiettyjen muuttujien kohdalla saattoi esimerkiksi yksilöllisen uhan viesti aiheuttaa sekä voimakkaimman että heikoimman reaktion yksilöllisesti orientoituneella ryhmällä. Näitä tiettyjä epäloogisuuksia löytyi analyyseissa lähes yhtä paljon kuin teoreettisesti loogisia tuloksia. Tästä syystä suoraa johtopäätöksiä viestien toimivuudesta juuri tietylle ryhmälle ei voida vielä tämän perusteella tehdä. Kuitenkin ainoastaan muuttujan ”kyvykkyys toteuttaa ehdotettu elämäntapamuutos” -kohdalla ei löytynyt teorian mukaisesti toteutunutta vertailuparia. Tulokset antavat viitteitä siitä, että sosiaalinen uhkaviesti vaikutti enemmän omaan koettuun alttiuteen annetulle uhkakuvalle ja sen koettuun vakavuuteen, kun puolestaan yksilöllisen uhan viesti herätti enemmän psykologisen epämukavuuden tuntua ja siirsi ajatukset elämäntapamuutoksen käsittelyyn.

Mielenkiintoista oli lisäksi verrata sitä, miten yleinen uhkaviesti herätti käyttäytymisaikomusta tyydyttyneen rasvan käytön vähentämisen suhteen verrattuna räätälöityihin uhkaviesteihin. Tarkasteltaessa kuluttajaryhmäkohtaisesti tuloksia yleisen ja räätälöityjen uhkaviestien välillä on havaittavissa tiettyjen kuluttajaryhmien rasvanvähentämisaikomuksen olevan korkeammalla tasolla, kun he ovat vastaanottaneet heille räätälöidyn uhkaviestin. Ihmisläheisten rationalistien aikomus vähentää rasvaa oli merkitsevästi ($p=0,02$) korkeampi sosiaalisen uhan viestin jälkeen verrattuna yleisen viestin aiheuttamaan reaktioon ja Itsekeskeisten menestyjien vastaava aikomus oli lähes merkitsevällä tasolla ($p=0,10$) yksilöllisen uhan viestin vastaanottamisen jälkeen yleisen viestin aiheuttamiin reaktioihin

verrattuna. Lisäksi koko vastaajapopulaation tuloksia verrattaessa, oli sekä yksilöllisen että sosiaalisen uhan viestin aiheuttama aikomus vähentää tyydytynyttä rasvaa ruokavaliossa merkitsevästi korkeammalla tasolla ($p=0,00$) verrattuna yleisen viestin tuloksiin.

Taulukko 16. Teorianmukaiset eroavaisuudet terveystietien kokemisessa terveystietivipohjaisissa kuluttajaryhmissä.

Mitattava piirre / Viesti	Kuluttajaryhmät	p-arvo:
Asenne viestiä kohtaan / Yksilöllisen uhan viesti	Terveystietoiset liikkujat vs. Ihmisläheiset rationalistit	0,07
Annetun uhan koettu vakavuus / Sosiaalisen uhan viesti	Ihmisläheiset rationalistit vs. Itsekeskeiset menestyjät	0,08
Koettu alttius annetulle uhalle / Sosiaalisen uhan viesti	Ihmisläheiset rationalistit vs. Itsekeskeiset menestyjät	0,06
Viestin pelottavuus / Yksilöllisen uhan viesti	Terveystietoiset liikkujat vs. Perhekeskeiset hoivaajat	0,03
Elämäntapamuutoksen tehokkuus / Yksilöllisen uhan viesti	Terveystietoiset liikkujat vs. Ihmisläheiset rationalistit	0,09
Elämäntapamuutoksesta koituvat kustannukset* / Yksilöllisen uhan viesti	Perhekeskeiset hoivaajat vs. Itsekeskeiset menestyjät	0,00
Viesti saa minut syömään vähemmän kovaa rasvaa 2kk aikana / Yksilöllisen uhan viesti	Itsekeskeiset menestyjät vs. Ihmisläheiset rationalistit	0,02

* tulkitaan käänteisesti

Teorian mukaisia vaikutuksia voitiin siis havaita siinä, miten eri viestit koettiin eri terveystietivipohjaisissa kuluttajaryhmissä. Erittäin lupaavalla vaikuttivat tulokset siitä, että räätälöidyllä viestinnällä oli merkitsevästi voimakkaampi vaikutus vastaajien aikomukseen vähentää tyydytynyneen rasvan määrää ruokavaliossa. Kuitenkin teorian mukaisia havaintoja oli löydettävissä vain yksittäisten vertailuparien kohdalla ja vain toisen viestin kohdalla, joten yksiselitteisten johtopäätösten tekeminen räätälöinnin toimivuudesta ei voida vielä tehdä. Tämänkin vertailun perusteella voidaan kuitenkin päätellä, että tunnistetut kuluttajaryhmät reagoivat eriasteisesti psykologisiin mittareihin sen perusteella, mikä terveystietiviesti on ollut kyseessä.

3.3 Itse- ja muukeskeisten terveystieteiden painottamisen perusteella muodostetut ryhmät

Tutkimuksen pääasiallisena kuluttajien ryhmittelyn logiikkana on käytetty terveystieteiden erilaista painottamista. Silti vaihtoehtoisia tapoja kokeiltiin. Yhtenä tällaisena toisenlaisena lähestymistapana luotiin kaksi kuluttajaryhmää, joista toinen oli vastauksissaan painottanut terveystietoa ”*Terveys on sosiaalista vastuullisuutta*” ja toinen ”*Terveys on itsehallintaa*” (räätelöidyt uhkaviestit linkittyivät erityisesti näiden terveystieteiden ydinmerkityksiin). Tämä kuluttajaryhmittely muodostettiin siitä syystä, että muiden terveystieteiden vaikutus voitiin sulkea pois terveystietoihin reagoimisesta. Ryhmien muodostamisessa käytettiin yksinkertaisesti terveystietomittarin vastauskeskiarvoja tunnistettaessa korkeimpaan ja alhaisimpaan neljännekseen kuuluvia vastaajia. Näiden kahden ääripään väliin jää 50 % vastaajista, jotka muodostivat eräänlaisen verrokkiryhmän. Taulukossa 17 on esitetty kuvaus vastaajaryhmien koosta, sukupuolirakenteesta ja viestien vastaanottosuhteista.

Taulukko 17. Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietoihin perusteella profiloituneet kuluttajaryhmät

Profiloiva terveystietoihin: Sosiaalinen vastuullisuus	N= (1081)	%	Miehiä %	Naisia %	Yks.u. viesti	Sos.u. viesti	Yl.u. viesti
Sosiaaliset välittäjät	230	21,3	36,5	63,5	27,0	32,6	40,4
Itsenäiset välittäjät	260	24,1	61,2	38,8	36,9	33,8	29,2
Verrokkiryhmä	591	54,7	42,1	57,9	33,0	31,3	35,7

Sosiaalisen vastuullisuuden kohdalla korkein 25 % muodostui vastaajista, joiden keskiarvoksi muodostui tälle terveystietoilille 6,40 tai korkeampi ja alin 25 % koostui niistä joiden vastauskeskiarvo oli 5,00 tai matalampi. Terveystietomittarin vastauksissa käytettiin asteikkoa 1–7, joten alaneljännekseen kuuluvien keskiarvot olivat aika korkealla tasolla. Tämä kertoo ehkä siitä, että sosiaalinen vastuullisuus koetaan yleisesti tärkeäksi terveystietoiliksi. Tämä oli havaittavissa jo edellisessä luvussa, sillä Itsekeskeisiä menestyjiä lukuun ottamatta oli kuluttajaryhmien sisäisessä vertailussa sosiaalinen vastuullisuus vahvimmin latautunut terveystietoihin. Tästä syystä myös kuluttajaryhmä, jossa sosiaalinen vastuullisuus muodostui lataukseltaan muita isommaksi, jäi valitettavan pieneksi. Tämä on saattanut osaltaan vaikuttaa myös viestien toimivuuteen, koska toinen räätelöityjen ydinsisällöstä vetoaa näin vahvasti suureen osaan vastaajia, riippumatta heidän ryhmänsä muusta profiilista.

Sosiaalisen vastuullisuuden suhteen vahvasti profiloituneiden osuus oli noin 21 % (ka. $\geq 6,40$). Tähän ryhmään kuului populaatiosta ne vastaajat, joita tämä terveyst-

motiivi profiloitui erityisen vahvasti. Sosiaalisen vastuullisuuden perusteella vahvasti profiloitunut ryhmä nimettiin Sosiaalisiksi välittäjiksi ja heikommin (ka. $\leq 5,00$) profiloitunut ryhmä Itsenäisiksi välittäjiksi. Välittäjä-sana haluttiin käyttää kuvaamaan myös jälkimmäistä ryhmää, koska heitäkin profiloitui sosiaalinen vastuullisuus voimakkaasti. Sosiaalisten välittäjien sukupuolijakaumasta huomataan, että sosiaalinen vastuullisuus on erityisesti naisia profiloiva terveystermi. Itsenäisistä välittäjistä muodostuu tutkimuksen ensimmäinen miesvoittoinen ryhmä.

Taulukossa 18 on esitetty muodostettujen kuluttajaryhmien koot, sukupuolijakauma ja viestien vastaanottosuhteet. Myös itsehallinnan terveystermiin vastauskeskiarvojen perusteella muodostettiin kuluttajaryhmät vastaavalla tavalla. Itsehallinnan terveystermiin kohdalla korkein neljännes muodostui vastaajista, joiden keskiarvoksi oli $\geq 5,50$. Alin 25 % muodostui puolestaan niistä, joiden keskiarvo oli $\leq 3,25$. Itsehallinnan terveystermiin perusteella vahvasti profiloitunut ryhmä (Menestyshaluiset) on sukupuolijakaumaltaan paljon tasaisempi verrattuna sosiaalisen vastuullisuuden vastaavaan ryhmään (Sosiaaliset välittäjät). Itsehallinta profiloitui siis miehiä paremmin kuin sosiaalinen vastuullisuus, mutta ei kuitenkaan niin selvästi kuin mitä sosiaalinen vastuullisuus profiloitui naisvastaajia. Itsehallinnan perusteella voimakkaasti profiloitunut ryhmä nimettiin Menestyshaluisiksi ja heikosti profiloituneet Tasaisiksi suoriutujiksi. Tasaiset suoriutujat ovat selkeästi naisvoittoisempi ryhmä, mikä entisestään tukee edellistä huomiota näiden terveystermien sukupuolisidonnaisuudesta. Verrokkiryhmän kohdalla sukupuolijakauma menee jälleen suurin piirtein samansuuntaisesti kuin koko vastaajapopulaation kohdalla. Tässäkin vertailussa ryhmäkoot ovat jääneet jonkun verran alle tavoitellun 25 %, mutta ryhmien tavoiteltujen kokosuhteiden kannalta tämä oli välttämätöntä. menestystä

Taulukko 18. Itsehallinnan perusteella profiloituneet kuluttajaryhmät.

Profiloiva terveystermi: Itsehallinta	N= (1081)	%	Miehiä %	Naisia %	Yks.u. viesti	Sos.u. viesti	Yl.u. viesti
Menestyshaluiset	226	20,9	47,8	52,2	29,2	33,6	37,2
Tasaiset suoriutujat	230	21,3	40,0	60,0	33,9	28,7	37,4
Verrokkiryhmä	625	57,8	46,7	53,3	33,4	33,0	33,6

Sosiaalisen vastuullisuuden tai itsehallinnan terveystermien perusteella muodostetut kuluttajaryhmät eivät ole välttämättä toisiaan poissulkevia, sillä kumpaankin saattaa kuulua samoja vastaajia. Tavoitteena onkin ollut ensisijaisesti tarkastella sitä, että puhuttelee räätelöity uhkaviesti erityisesti sitä kuluttajaryhmää, jolle sen sisältö on erityisesti kohdennettu. Taulukossa 19 on esitetty Sosiaalisen vastuullisuuden terveystermiin perusteella motivoituneiden vastaajien tulokset ruokavalion laatua, ravitsemustietämystä ja painoindeksiä mittaavissa kyselyissä.

Taulukko 19. Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietämyksen perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.

Profiloiva terveystietämys: Sosiaalinen vastuullisuus	Sydänliitto	Rasvalistaus	Ravitsemus- tietämys	Paino- indeksi
Sosiaaliset välittäjät	17,58	13,52	6,47 ^a	26,57
Itsenäiset välittäjät	16,98	12,21	6,15 ^{a,b}	27,02
Verrokkiryhmä	16,98	12,39	6,35 ^{a,b}	26,52

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Merkittävimmät erot Sosiaalisten välittäjien ja Itsenäisten välittäjien välille muodostuvat ravitsemustietämyksen osalta. Itsenäisillä välittäjillä on merkittävästi heikompi ravitsemustietämyksen taso sekä suhteessa Sosiaalisiin välittäjiin ^a että verrokkiryhmään ^b. Ruokavalion laadun suhteen kuluttajaryhmien välille ei muodostu merkittäviä eroja, mutta tuloksissa on mielenkiintoista vaihtelua ruokavalion laadun mittareiden suhteen. Sydänliiton mittarin perusteella Sosiaalisten välittäjien ruokavalio on näistä ryhmistä parhaassa kunnossa tyydyttyneen rasvan suhteen, kun taas Rasvalistauksen perusteella heidän ruokavalionsa laatu on heikoin. Taulukossa 20 on käsitelty näiden ryhmien eroja ruoka-asenteiden suhteen.

Taulukko 20. Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietämyksen perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien ruoka-asenteet.

Profiloiva terveystietämys: Sosiaalinen vastuullisuus	Yleinen terveys- kiinnostus	Kiinnostus kevyt- tuotteita kohtaan	Kiinnostus luomu- tuotteita kohtaan	Herkuttelu- himo	Ruoan käyttö palkintona	Nautiskelu
Sosiaaliset välittäjät	4,81 ^c	3,42 ^j	4,89 ^e	4,65 ⁱ	3,85	4,97 ^g
Itsenäiset välittäjät	4,12 ^{c,d}	3,57	4,29 ^{e,f}	4,35 ⁱ	3,89	4,54 ^{g,h}
Verrokkiryhmä	4,51 ^{c,d}	3,61 ^j	4,54 ^{e,f}	4,46	3,94	4,83 ^{g,h}

Ruoka-asenteiltaan nämä ryhmät erosivat monilta osin. Eroja kaikkien kolmen ryhmän välillä ilmeni erityisesti yleisen terveystietämyksen, luomutuotekiinnostuksen ja nautiskelun suhteen. Näissä erityisen erotteluvissa asenteissa Itsenäisillä välittäjillä oli merkittävästi negatiivisempi asenne sekä Sosiaalisiin välittäjiin että verrokkiryhmään ^{c-h}. Lisäksi herkutteluhimoon suhtautuminen oli erityisesti Sosiaalisia välittäjiä ja Itsenäisiä välittäjiä erottava piirre ⁱ. Ainoastaan kevyttuotekiinnostuksessa Itsenäisillä välittäjillä oli positiivisempi asenne kuin Sosiaalisilla välittäjillä, mutta tilastollisesti merkittävä ero syntyi vain verrokkiryhmän ja Sosiaalisten välittäjien välillä ^j. Positiivinen asennoituminen erityisesti kevyttuotteisiin on selitettävissä Itsenäisten välittäjien miesvoittoisella sukupuolirakenteella, sillä miehillä oli havaittavissa vastaava asenne-ero naisiin verrattuna (ks. taulukko 11). Taulukossa 21 on esitetty itsehallinnan terveystietämyksen perusteella muodos-

tettujen ryhmien erot ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.

Taulukko 21. Itsehallinnan terveystietämyksen perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.

Profiloiva terveystietämys: Itsehallinta	Sydänliitto	Rasvalistaus	Ravitsemus- tietämys	Paino- indeksi
Menestyshaluiset	17,20	12,64	6,43	26,54
Tasaiset suoriutujat	16,96	12,34	6,37	26,11
Verrokkiryhmä	17,13	12,65	6,27	26,90

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Itsehallinnan perusteella muodostetuissa ryhmissä ei ole havaittavissa merkittäviä eroja käsitellyissä ruokavalion laadun tai ravitsemustietämyksen mittareissa. Mielienkiintoista on silti havaita, että vaikka Sydänliiton mittarin mukaan Tasaiset suoriutujat syövät eniten tyydyttynyttä rasvaa sisältävää ruokaa, ovat he silti painoindeksiltään näistä ryhmistä hoikimmassa kunnossa. Taulukossa 22 on käsitelty näiden ryhmien eroja mitattujen ruoka-asenteiden osalta.

Taulukko 22. Itsehallinnan terveystietämyksen perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien ruoka-asenteet.

Profiloiva terveystietämys: Itsehallinta	Yleinen terveys- kiinnostus	Kiinnostus kevyt- tuotteita kohtaan	Kiinnostus luomu- tuotteita kohtaan	Herkuttelu- himo	Ruoan käyttö palkintona	Nautiskelu
Menestyshaluiset	4,58	3,59 ^k	4,50	4,56	4,04 ^p	4,92 ^m
Tasaiset suoriutujat	4,45	3,35 ^{k,l}	4,67	4,64 ^o	3,94	4,72 ^m
Verrokkiryhmä	4,46	3,63 ^l	4,52	4,38 ^o	3,85 ^p	4,77 ^m

Ryhmiä erityisesti erottelevat ruoka-asenteet olivat kiinnostus kevyttuotteita kohtaan ja nautiskelu. Kevyttuotekiinnostuksen osalta Tasaiset suoriutujat erosivat sekä Menestyshaluisista että Verrokkiryhmästä merkitsevästi ^{k-l}, mutta nautiskelun osalta Menestyshaluiset osoittivat merkitsevästi positiivisempaa asennetta sekä Tasaisiin suoriutajiin että Verrokkiryhmään suhteutettuna. Herkutteluhimon osalta Tasaiset suoriutujat asennoituvat merkitsevästi myönteisemmin kuin Verrokkiryhmä ^o ja ruoan käyttöön palkintona suhtautuvat Menestyshaluiset puolestaan Verrokkiryhmää positiivisemmin ^p. Ainoastaan luomutuotekiinnostuksen kohdalla Tasaiset suoriutujat osoittavat hieman myönteisempää asennetta verrattuna Menestyshaluisiin, mutta merkitsevää eroa ei muodostu ryhmien välille.

3.4 Ruoka-asenteiden perusteella muodostetut ryhmät

Toisena vaihtoehtoinen kuluttajaryhmittelyn muodostamislogiikka perustuu ruoka-asenteisiin. Perusperiaatteena kuluttajaryhmien luomisessa oli tässä luoda yksinkertainen asetelma, jossa oli vastakkain kaksi ryhmää, jotka reagoivat voimakkaasti joko kevyttuotteita tai herkutteluhimoa kohtaan. Nämä kaksi ruoka-asennetta valittiin ryhmittelyn rakentamisen lähtökohdaksi, koska ne vastasivat parhaiten intervention perusviestiä kevyiden valintojen korostamisesta ja tyydyttyneen rasvan vähentämisestä ruokavaliossa. Kahden profiloitun ruoka-asenneryhmän lisäksi muodostettiin lopuista vastaajista kolmas verrokkiryhmä. Kevyttuoteasenteen perusteella voimakkaasti profiloitunut ryhmä nimettiin Kevyesti eläviksi (ka. $\geq 4,67$) ja heikosti profiloitunut ryhmä Estoitta ruokaileviksi (ka. $\leq 2,67$). Raja-arvot tähän ruoka-asenteeseen määräytyivät annettujen vastausten keskiarvojen ylä- ja alaneljänneksistä.

Taulukossa 19 on esitetty kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien rakenteet, sukupuolirakenne ja viestien vastaanottosuhteet. Kevyttuotekiinnostuksen suhteen vahvasti profiloituneet vastaajat (Kevyesti elävät) ovat miesenemmistöinen ryhmä ja heikosti profiloituneet vastaajat (Estoitta ruokailevat) ovat puolestaan selkeästi naisenemmistöinen ryhmä. Verrokkiryhmän koko jää hieman alle tavoitellun 50 %. Miehiä on hieman keskimääräistä vähemmän, mutta sukupuolijakautuma on silti lähempänä kaikkien vastaajien jakaumaa.

Taulukko 23. Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella profiloituneet kuluttajaryhmät.

Profiloiva ruoka-asenne: Kevyttuotekiinnostus	N= (1081)	%	Miehiä %	Naisia %	Yks.u. viesti	Sos.u. viesti	Yl.u. viesti
Kevyesti elävät	297	27,5	53,5	46,5	29,3	32,3	38,4
Estoitta ruokailevat	289	26,7	39,4	60,6	33,2	30,8	36,0
Verrokkiryhmä	495	45,8	44,2	55,8	34,3	32,9	32,7

Taulukossa 20 on esitetty vastaavat lukemat kuluttajaryhmistä, joiden profiloinnissa on käytetty suhtautumista herkutteluhimoon. Ryhmät muodostettiin kuten samalla tavalla kuin edelliset ruoka-asenneryhmät. Herkutteluhimoon suotuisasti asennoitunut ryhmä nimettiin Nautiskelijoiksi (ks. $\geq 5,50$) ja vähemmän myönteisesti asennoitunut heikosti ryhmä Pidättyväisiksi (ka. $\leq 3,67$). Verrattuna kevyttuotekiinnostuksen perusteella vahvasti profiloituvaa ryhmään, on Nautiskelijoiden ryhmä selkeästi naisvoittoisempi. Pidättyväiset ovat puolestaan hieman miesenemmistöinen ryhmä ja verrokkiryhmän sukupuolijakauma vastaa jälleen koko vastaajajoukkoa. Näiden muodostettujen ryhmien tuloksia vertaillaan seuraavaksi

vastaavanlaisissa asetelmissa, mitä terveystietämis- ja käyttäytymismittarin perusteella luotuja kuluttajaryhmiä.

Taulukko 24. Herkutteluhimon voimakkuuden perusteella profiloituneet kuluttajaryhmät.

Profiloiva ruoka-asenne: Herkutteluhimo	N= (1081)	%	Miehiä %	Naisia %	Yks.u. viesti	Sos.u. viesti	Yl.u. viesti
Nautiskelijat	278	25,7	34,9	65,1	38,1	28,8	33,1
Pidättyväiset	287	26,5	52,6	47,4	31,7	30,7	37,6
Verrokkiryhmä	516	47,7	47,3	52,7	30,2	34,9	34,9

Ruoka-asenteiden perusteella tunnistettujen kuluttajaryhmien sukupuolirakenteissa on havaittavissa tiettyjä eroja. Kiinnostavaa on erityisesti nähdä, miten sukupuolen rooli tulee näkymään intervention vaikutuksissa, sillä Kevyesti elävät on miesenemmistöinen kun taas Nautiskelijat on naisenemmistöinen. Lisäksi kummankin tässä tarkasteltavan ruoka-asenteen osalta heikosti profiloituneiden ryhmien sukupuolijakaumat ovat käytännössä päinvastaiset. Taulukossa 25 on esitetty kevyttuotekiinnostuksen kannalta profiloitujen vastaajien tulokset tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa mittaavista testeistä, ravitsemustietämyksestä ja painoindeksistä.

Taulukko 25. Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.

Profiloiva ruoka-asenne: Kevyttuotekiinnostus	Sydänliitto	Rasvalistaus	Ravitsemus- tietämys	Paino- indeksi
Kevyesti elävät	19,17 ^a	12,39	6,48 ^c	26,55
Estoitta ruokailevat	14,49 ^{a,b}	13,30	6,24 ^c	26,89
Verrokkiryhmä	17,42 ^{a,b}	12,30	6,28 ^c	26,57

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Ruokavalion laatua mittaavissa testeissä on tässä vertailussa havaittavissa erittäin huomattava ero ryhmien välillä erityisesti Sydänliiton testillä mitattuna. Estoitta ruokailevien ruokavalion laatu on tämän mittarin mukaan merkitsevästi heikompi tyydyttyneen rasvan suhteen sekä Kevyesti elävien ^a että Verrokkiryhmän ^b ruokavalioon verrattaessa. Rasvalistauksen suhteen vastaava eroa ei muodostu, vaikka tämänkin mittarin mukaan Estoitta ruokailevien ruokavalio on heikoimmassa kunnossa. Ravitsemustietämyksen suhteen Kevyesti elävät eroaa merkitsevästi sekä Estoitta ruokailevista että Verrokkiryhmästä ^c. Vaikuttaisi siis, että Kevyesti elävien ruokailutottumukset eroavat suuresti Estoitta ruokailevien vastaavista. Taulukossa 26 on käsitelty näiden ryhmien eroavaisuuksia ruoka-asenteiden suhteen.

Taulukko 26. Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien ruoka-asenteet.

Profiloiva ruoka-asenne: Kevyttuotekiinnostus	Yleinen terveys- kiinnostus	Kiinnostus kevyt- tuotteita kohtaan	Kiinnostus luomu- tuotteita kohtaan	Herkuttelu- himo	Ruoan käyttö palkintona	Nautiskelu
Kevyesti elävät	4,84 ^d	5,07 ^e	4,35 ^h	4,54	3,91	4,67 ^f
Estoitta ruokailevat	4,37 ^d	1,95 ^{e,g}	4,99 ^h	4,46	3,90	5,06 ^f
Verrokkiryhmä	4,33 ^d	3,60 ^{e,g}	4,42 ^h	4,43	3,92	4,70 ^f

Ruoka-asenteiden kohdalla havainto Estoitta ruokailevien heikommista ravitsemustottumuksista korostuu edelleen, sillä ryhmän asenteet ovat kielteisemmät suhteessa Kevyesti eläviin Yleisen terveyskiinnostuksen ^d ja kevyttuotekiinnostuksen osalta ^e, mutta myönteisemmät suhteessa nautiskeluun ^f. Kevyttuotekiinnostuksen osalta nämä eroavaisuudet olivat odotettavissa, sillä tämä asenne on ryhmiä profiloiva piirre, mutta nämä kaksi muuta olivat kiinnostava havaintoerojen korostumisesta muissakin asenteissa. Lisäksi Estoitta ruokailevat eroavat merkittävästi myös Verrokkiryhmästä Kevyttuotekiinnostuksessa ^g. Mielenkiintoista on lisäksi havaita, että Estoitta ruokailevien asenne on positiivisempi luomutuotteita kohtaan verrattuna kahteen muuhun ryhmään ^h. Tämä voi kertoa siitä, että tämän ryhmä keskittyy rasvan välttelyn sijasta lisäaineiden välttelyyn. Taulukossa 27 on käsitelty herkutteluhimon voimakkuuden perusteella muodostettujen ryhmien eroja ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.

Taulukko 27. Herkutteluhimon voimakkuuden perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.

Profiloiva ruoka-asenne: Herkutteluhimo	Sydänliitto	Rasvalistaus	Ravitsemus- tietämys	Paino- indeksi
Nautiskelijat	16,63	14,44 ⁱ	6,56 ^j	26,59
Pidättyväiset	17,24	11,50 ⁱ	6,08 ^{j,k}	26,94
Verrokkiryhmä	17,32	12,29 ⁱ	6,34 ^{j,k}	26,52

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Erona kevyttuotekiinnostuksen perusteella muodostettuihin ryhmiin, eroavat herkutteluhimon perusteella muodostettujen ryhmien ruokavalion laadut toisistaan erityisesti Rasvalistauksella mitattuna. Rasvalistauksen perusteella Nautiskelijoiden ruokavalio on merkittävästi heikompi kuin Pidättyväisten tai Verrokkiryhmän ⁱ. Sydänliiton testi ei osoita tilastollisia eroja ryhmien välillä. Mielenkiintoista on kuitenkin havaita, että Nautiskelijoilla on heikommasta ruokavaliostaan huolimatta merkittävästi parempi ravitsemustietämys verrattuna Pidättyväisiin ^k ja Verrok-

kiryhmään ^k. Taulukossa 28 on esitetty näiden ryhmien eroavaisuudet ruoka-asenteiden suhteen.

Taulukko 28. Herkutteluhimon voimakkuuden perusteella profiloituneiden kuluttajaryhmien ruoka-asenteet.

Profiloiva ruoka-asenne: Herkutteluhimo	Yleinen terveys-kiinnostus	Kiinnostus kevyt-tuotteita kohtaan	Kiinnostus luomu-tuotteita kohtaan	Herkutteluhimo	Ruoan käyttö palkintona	Nautiskelu
Nautiskelijat	4,37 ^r	3,59	4,44	6,06 ^l	4,66 ⁿ	4,93 ^p
Pidättyväiset	4,57 ^r	3,49	4,62	2,88 ^{l,m}	3,26 ^{n,o}	4,66 ^{p,q}
Verrokkiryhmä	4,50	3,59	4,57	4,50 ^{l,m}	3,87 ^{n,o}	4,79 ^{p,q}

Kuluttajaryhmien profilointi makuasenteen voimakkuuden perusteella näkyy myös muissa ruoka-asenteissa. Pidättyväiset suhteutuvat merkitsevästi kielteisemmin kaikkiin kolmeen makuasenteeseen (herkutteluhimo, ruoan palkintokäyttö ja nautiskelu) verrattuna sekä Nautiskelijoihin että Verrokkiryhmään ^{l-q}. Siirryttäessä terveystasanteiden puolelle, eroavat Pidättyväiset ja Nautiskelijat toisistaan merkitsevästi Yleisen terveystasanteen osalta ^r. Näiden ryhmien erot ovat muilta osin erittäin hyvin profilien kanssa linjassa. Pidättyväisten ruokavalion laatu on paremmalla tolalla suhteessa Nautiskelijoihin ja ruoka-asenteet eroavat juuri makuasenteiden ja terveystasanteen osalta. Kuitenkin on havaittavissa, että Nautiskelijat ovat Pidättyväisiä paremmin perillä ravitsemussuosituksista.

3.5 Yhteenveto

Tässä luvussa on pyritty luomaan monenlaisia näkökulmia siihen, että miten kuluttajia voidaan ryhmitellä käytössä olleiden mittareiden perusteella. Suurin painoarvo on kuitenkin terveystasanteiden erilaisen painottamisen perusteella muodostetuilla kuluttajaryhmittelyillä. Muut kuluttajaryhmittelyt rakennettiin näihin verrattuna pintapuolisesti, sillä niissä käytettiin profiloivana piirteenä vain yhtä psykologista tai demografista ominaisuutta. Sitä vastoin terveystasanteipohjaista kuluttajaryhmittelyä luotaessa käytettiin erilaisia tilastollisia menetelmiä ja profiloinnissa otettiin huomioon useita sekä demografisia että psykologisia muuttujia.

Terveystasanteiden erilaisen painottamisen perustuvia kuluttajaryhmiä tunnistettiin lopulta viisi. Jos näiden ryhmien taustamuuttujia tarkastellaan suhteessa käytettyihin terveystasanteisiin, niin onnistuttiin aineistosta tunnistamaan tarkoituksenmukaisia ryhmiä. Toinen räätälöidyistä terveystasanteista on ankuroitu yksilölliseen uhkakuvaan, ja kaksi (Terveystasanteiset liikkujat ja Itsekeskeiset menestyjät) muodostetuista viidestä ryhmästä omaa yksilöllisen terveystasanteivierorientaation.

Toinen viesti on puolestaan sosiaaliseen uhkakuvaan liittyvä ja kaksi terveystiivipohjaista kuluttajaryhmää (Ihmisläheiset rationalistit ja Perhekeskeiset hoi-vaajat) omaa sosiaalisen terveystiiviorientaation. Näiden väliin jää vielä yksi ryhmä (Rennot nautiskelijat), jonka terveystiiviorientaatioissa on sekä yksilöllisiä että sosiaalisia piirteitä. Näin ollen kummallekin räätälöidylle terveystiivistille on tunnistettu kaksi potentiaalista kohderyhmää ja lisäksi yksi ryhmä, jota kum-mankaan viestin ei pitäisi suoraan puhutella. Tämä luo mielenkiintoisen tutkimus-asetelman lähdettäessä tarkastelemaan intervention vaikutuksia.

Demografisesti tai tiettyjen psykologisten mittareiden perusteella luoduissa ryh-missä on havaittavissa sosiaalinen orientaatio ainoastaan kahta terveystiivivia hyödyntäen muodostetuissa ryhmissä (luku 3.3). Muissa ryhmissä ryhmien yksi-löllistä tai sosiaalista orientaatiota voidaan päätellä ainoastaan sukupuolijakauman perusteella, sillä naispuoliset vastaajat olivat selvästi enemmän edustettuina sosi-aalisen vastuullisuuden perusteella rakennetussa ryhmässä ja miesvastaajien osuus oli noin puolet voimakkaan itsehallinnan perusteella luodussa kuluttaja-ryhmässä. Tämä pätee erityisesti ruoka-asenteiden ja itsetarkkailun perusteella muodostetuissa ryhmissä. Vastakkainasetteluun perustuvissa ryhmissä täytyy li-säksi ottaa vielä se piirre huomioon, että siinä missä terveystiivien erilaiseen painottamiseen perustuvissa ryhmissä kuluttajat on jaettu erillisiin ryhmiin. Ver-rattaessa esimerkiksi kahden eri ruoka-asenteen perusteella muodostettuja ryhmiä, saattaa sekä kevyttuotekiinnostuksen että herkutteluhimon kannalta voimakkaasti profiloituneessa ryhmässä olla mukana samoja vastaajia.

Tutkimuksen yhtenä tavoitteena on tunnistaa ja profiloida erilaisten demografis-ten- ja psykologisten muuttujien avulla kuluttajaryhmiä. Tässä luvussa esiteltiin kuluttajaryhmiä, joita on tunnistettu sukupuolijakauman, terveystiivien erilais-ten painottamisen ja ruoka-asenteiden voimakkuuden perusteella. Seuraavassa kappaleessa analysoidaan intervention tuloksia tehden vertailuja tässä luvussa muodostettujen kuluttajaryhmien välillä.

4 TULOKSET: INTERVENTION VAIKUTUKSET

Intervention vaikutuksia tutkimuksella vertaamalla painoindeksiä, tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa (Sydänliiton rasvan laatu -testi ja Rasvalistaus kysely), ravitsemustietämystä ja ruoan terveellisyyteen ja makuun liittyviä asenteita tutkimuksen ensimmäisen ja kolmannen vaiheen välillä. Näkökulmana oli analysoida erilaisten uhkaviestien vaikutusta eri tavoilla muodostettuihin kuluttajaryhmiin (ks. luvut 3.2–3.5).

Aineiston tarkistaminen johti siihen että osa vastauksista piti hylätä. Vastaajat täyttivät terveystietokyselyn interventiotutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa ja tästä syystä kuluttajaluokittelu tehtiin aluksi ensimmäiseen vaiheeseen vastanneista henkilöistä (N=1995). Kuitenkin kun tarkoituksena on tässä raportissa tarkkailla erityisesti terveyskäyttäytymisen muutosta ensimmäisen ja kolmannen vaiheen välillä, ovat käytetyt vastaajamäärät tulevissa vertailuissa N=1081. Taulukossa 29 on esitetty lopulliset havaintojen lukumäärät intervention alussa ja lopussa karsintojen jälkeen. Esiteltäessä tuloksia, voidaan tekstissä viitata johonkin tiettyyn soluun tai lukuun. Viittaukset tehdään kappalekohtaisesti aakkosin merkityillä yläindekseillä.

Taulukko 29. Vastaajamäärät intervention ensimmäisessä ja kolmannessa vaiheessa aineiston tarkistamisen jälkeen.

Uhkaviesti:	1. vaihe	3. vaihe
Yksilöllinen	654	353
Sosiaalinen	659	348
Yleinen	682	380
Yhteensä	N= 1995	N= 1081

4.1 Kaikki vastaajat ja sukupuolten perusteella muodostetut ryhmät

Tärkeimmät intervention tulostarkastelut tehdään vertailemalla pitkittäisesti tapahtuneita muutoksia eri kuluttajaryhmissä. Ensimmäisenä luodaan kuitenkin katsaus intervention tuloksiin koko interventiossa ja rinnalle tähän tarkasteluun tuodaan mukaan sukupuoli. Näin voidaan nähdä se, että onko jokin viesti vedonnut erityisesti miehiin tai naisiin vai onko se toiminut kaikkien kodalla yhtä hyvin.

4.1.1 Intervention vaikutukset painoindeksiin ja ruokavalion terveellisyyteen eri viestin vastaanottaneiden ryhmissä ja sukupuolen perusteella muodostetuissa ryhmissä

Tutkimuksen konkreettisimpia terveellisemmän elämän mittareita olivat painoindeksi ja ruokavalion laatu tyydyttyneen rasvan suhteen. Kuten luvussa 2 jo kerrottiin, mitattiin ruokavalion laatua kahdella testillä: Sydänliiton rasvan laatu -mittarilla ja tutkimusryhmän itse aikaisemmasta tutkimuksesta (van Assema ym. 2001) kehittämällä Rasvalistauksella. Sydänliiton testin tulokset tulkitaan siten, että ruokavalion laatu on parantunut, mikäli saatu pistemäärä on kasvanut. Rasvalistauksen kyselyn mukaan ruokavalion laatu puolestaan on sitä parempi, mitä pienempi saatu pistemäärä on. Näistä intervention tuloksista puhuttaessa on otettava huomioon se, että interventiotutkimus kesti vain noin kaksi kuukautta. Tästä syystä esimerkiksi painoindeksin suhteen ei ole realistista odottaa mitään huomattavaa muutosta. Taulukossa 30 on esitetty näiden mittareiden tulokset intervention eri vaiheissa.

Taulukko 30. Intervention vaikutus koko aineistossa painoindeksiin ja ruokavalion laatuun.

Uhkaviesti:	N=1080		N=547		N=533	
	BMI 1. vaihe	BMI 3. vaihe	Sydänliitto 1. vaihe	Sydänliitto 3. vaihe	Rasvalista 1. vaihe	Rasvalista 3. vaihe
Yksilöllinen	26,56	26,56	17,04	17,16	12,58	12,35
Sosiaalinen	26,81	26,82	17,32	16,99	12,10	11,93
Yleinen	26,59	26,60	16,98	16,73	13,03 ^a	12,34 ^a

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Muutokset painoindeksissä tai ruokavalion laadussa ovat eri viestien vastaanottaneissa ryhmissä hienovaraisia. Ensin mainitussa ei ole havaittavissa käytännössä mitään muutosta tutkimuksen alku- tai loppupään tuloksia vertailtaessa. Sydänliiton rasvan laatu -testillä mitattuna on ruokavalio muuttunut parempaan suuntaan vain yksilöllisen uhkaviestin kohdalla, mutta muutos on kuitenkin niin pieni, että sillä ei ole käytännössä merkitystä. Sosiaalisen ja yleisen uhkaviestin kohdalla muutos on ollut yksilöllistä viestiä suurempi mutta huonompaan suuntaan. Näidenkin viestien vastaanottajaryhmien kohdalla muutos ei kuitenkaan ole ollut tilastollisesti merkitsevällä tasolla. Rasvalistauksen kohdalla on positiivista havaita, että jokainen viesti on synnyttänyt hienoista muutosta parempaan suuntaan. Erityisesti yleisen uhkaviestin vastaanottaneiden kohdalla on tapahtunut huomattava vähentyminen ruokavalion tyydyttyneen rasvan määrässä ($p=0,07^a$). Merkitävin muutos tapahtui tässä tulosvertailussa ryhmässä, joka sai yleisen uhkaviestin. Räätelöidyt viestit eivät aiheuttaneet huomattavia eroja, mutta positiivista oli

silti huomata, että näinkin lyhytkestoisella ja passiivisella interventiolla on jo kokonaisaineston tasolla havaittavissa muutoksia. Altistuminen terveystietämisviesteille aiheutti muutoksia myös ravitsemustietämyksessä. Taulukossa 31 on esitetty eri viestien vastaanottajaryhmien ravitsemustietämyksen tasot intervention ensimmäisessä ja viimeisessä vaiheessa.

Taulukko 31. Intervention vaikutus ravitsemustietämyksen tasoon (0–8) eri viestin vastaanottaneissa ryhmissä.

Uhkaviesti:	Ravitsemustietämys	
	1. vaihe	3. vaihe
Yksilöllinen	6,23	6,36
Sosiaalinen	6,42	6,50
Yleinen	6,33 ^c	6,51 ^c
Yhteensä	6,33 ^b	6,46 ^b

Koko aineistossa ravitsemustietämyksen taso on parantunut tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,00^b$), ja jokainen viesti on synnyttänyt jonkinasteista parannusta. Yleisen uhkaviestin kohdalla on muutos alku- ja loppumittauskohdan välillä on tilastollisesti merkitsevä ($p=0,00^c$). Pienimmät muutokset ravitsemustietämyksessä tapahtuvat sosiaalisen uhkaviestin vastaanottaneessa ryhmässä. Ravitsemustietämys on tässä tutkimuksessa käytetyn kyselyn perusteella hyvällä tasolla Suomessa.

Sukupuolten välinen vertailu siitä syystä, että aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu selkeitä eroja miesten ja naisten terveystietäytymisessä. (Roininen ym. 2001.) Taulukossa 32 on esitetty sukupuolten väliset erot terveydellisten muuttujien suhteen. Painoindeksissä ei tässäkään vertailussa ole nähtävissä mitään muutoksia. Miesten ja naisten välisessä vertailussa painoindeksin suhteen on kuitenkin havaittavissa selkeä ero. Sydänliiton rasvan laatu -mittarin perusteella miesten ruokavalio on intervention aikana kehittyneet tasaisesti huonompaan suuntaan, kun taas Rasvalistauksen perusteella se on tyydyttyneen rasvan suhteen kääntynyt parempaan suuntaan. Vastaavasti naisten kohdalla Sydänliiton mittarilla katsottuna ei ole tapahtunut suurta muutosta. Rasvalistauksen perusteella notkahdus on tapahtunut huonompaan suuntaan yksilöllisen ja sosiaalisen uhkaviestin vastaanottaneiden kohdalla, mutta yleinen uhkaviesti näyttää vaikuttaneen naisilla huomattavan positiivisesti ($P=0,04^d$). Vastaavan viestin kohdalla on myös miesten suhteen tapahtunut muutos parempaan, mutta miesten kohdalla ei vaiheiden välillä ole tilastollisesti merkittävää eroa. Rasvalistaus paljastaa myös, että miesten ruokavalio on tyydyttyneen rasvan määrän kannalta lähtötasoltaan tilastollisesti merkitsevästi heikompaa ($p=0,00-0,01^e$) jokaisessa terveystietämisviestin vastaanottajaryhmässä. Siirryttäessä ensimmäisestä vaiheesta kolmanteen ero Rasvalistauksen

tuloksissa miesten ja naisten välillä hieman kapenee, mutta tilastollisesti merkitävä ero säilyy sosiaalisen- ja yleisen uhkaviestin vastaanottaneissa ryhmissä.

Taulukko 32. Sukupuolten väliset erot painoindeksissä ja ruokavalion laadussa intervention eri vaiheiden välillä.

Sukupuoli:	Uhkaviest:	1. Vaihe BMI	3. Vaihe BMI	1. Vaihe Sydänliitto	3. Vaihe Sydänliitto	1. Vaihe Rasvalistus	3. Vaihe Rasvalistus
Mies	Yksilöllinen	27,71	27,71	17,09	16,98	13,56 ^e	12,95
	Sosiaalinen	27,55	27,56	17,06	16,58	13,55 ^e	13,04
	Yleinen	27,38	27,39	16,84	16,82	15,07 ^e	14,44
	Yhteensä	27,55	27,55	17,00	16,80	14,08 ^e	13,50
Nainen	Yksilöllinen	25,50	25,50	17,00	17,32	11,61 ^e	11,74
	Sosiaalinen	26,23	26,24	17,53	17,31	10,97 ^e	11,01
	Yleinen	25,95	25,96	17,09	16,67	11,21 ^{d,e}	10,46 ^d
	Yhteensä	25,90	25,91	17,20	17,08	11,25 ^e	11,05

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistus: pienempi tulos on parempi

Tarkasteltaessa edelleen sitä, että onko jollain tietyllä uhkaviestillä ollut erityisen positiivinen vaikutus mies- tai naisvastaajiin, ei systemaattisia tuloksia nouse esiin. Yksilöllisen uhkaviestin kohdalla sekä miesten että naisten vastaukset ovat liikahtaneet käytettävien ruokavaliomittareiden kohdalla parempaan suuntaan. Kuitenkaan tilastollisesti merkittäviä eroja ei näissä muutoksissa esiinny. Tilastollisesti merkittävä ero ensimmäisen ja kolmannen vaiheen välillä esiintyy vain kaikkien vastaajien tuloksia tarkasteltaessa yleisen uhkaviestin vastaanottaneiden naisten kohdalla rasvalistauksen osalta ^d. Tyydyttyneen rasvan määrän paikoittainen väheneminen voi johtua myös kasvaneesta ravitsemustietämyksestä. Taulukossa 33 on esitetty miesten ja naisten tulokset ravitsemustietämyksen suhteen intervention ensimmäisen ja viimeisen vaiheen välillä.

Taulukko 33. Sukupuolten väliset erot ravitsemustietämyksessä intervention eri vaiheiden välillä.

Sukupuoli:	Uhkaviest:	Ravitsemustietämys	
		1. Vaihe	3. Vaihe
Mies	Yksilöllinen	5,89	5,91
	Sosiaalinen	6,03	6,16
	Yleinen	6,05 ^g	6,21 ^g
	Yhteensä	5,99 ^f	6,09 ^f
Nainen	Yksilöllinen	6,54 ^h	6,78 ^h
	Sosiaalinen	6,72	6,76
	Yleinen	6,55 ^h	6,75 ^h
	Yhteensä	6,61 ^f	6,77 ^f

Miesten ravitsemustietämys on heikompi kuin naisten sekä intervention ensimmäisessä että kolmannessa vaiheessa ($p=0,00^f$). Miehillä ravitsemustietämyksen muutos oli suurin yleisen uhkaviestin kohdalla, mutta muutos ei ole merkitsevä ($p=0,13^g$). Sen sijaan sekä yksilöllisen että yleisen uhkaviestin vastaanottaneet naiset olivat parantaneet ravitsemustietämystä merkitsevästi ($p=0,01^h$). Näiden tulosten perusteella näyttää siltä, että toteutettu interventio on toiminut erityisesti naisten osalta. Miestenkin ravitsemustietämys on kääntynyt parempaan suuntaan jokaisen uhkaviestin vastaanottajaryhmän kohdalla, joten tämä voi kertoa siitä, että he reagoivat naisia hitaammin terveystietämiseen.

4.1.2 Intervention vaikutukset ruoka-asenteisiin eri viestin vastaanottaneiden ryhmissä ja sukupuolen perusteella muodostetuissa ryhmissä

Painoindeksiin tai ruokavalion laatuun verrattuna ruoka-asenteet ovat mentaalisempi intervention vaikutusten mittari. Intervention toimivuuden toteamisen kannalta olisi siis hyvä, että ruokaan liittyvät terveystasenteet kohoaisivat ja maku-asenteet laskisivat sen seurauksena. Taulukossa 34 on esitetty kaikkien vastaajien ruoka-asenteiden keskiarvot tutkimuksen ensimmäisessä ja viimeisessä vaiheessa vastaanotetun terveystietämisen perusteella luokiteltuna.

Taulukko 34. Intervention vaikutus ruoka-asenteisiin koko vastaajapopulaatiossa.

Uhkaviesti	Yleinen terveystas- kiinnostus		Kiinnostus kevyt- tuotteita kohtaan		Kiinnostus luomu- tuotteita kohtaan	
	1. vaihe	3. vaihe	1. vaihe	3. vaihe	1. vaihe	3. vaihe
Yksilöllinen	4,48	4,45	3,51	3,63	4,51	4,54
Sosiaalinen	4,47	4,45	3,59	3,74	4,52	4,53
Yleinen	4,50	4,46	3,59	3,69	4,62	4,61
Kaikki vastaajat	4,48	4,45	3,56	3,68	4,55	4,56
Uhkaviesti	Herkutteluhimo		Ruoan käyttö palkintona		Nautiskelu	
	1. vaihe	3. vaihe	1. vaihe	3. vaihe	1. vaihe	3. vaihe
Yksilöllinen	4,55	4,43	3,87	3,80	4,79	4,72
Sosiaalinen	4,46	4,34	3,93	3,83	4,77	4,74
Yleinen	4,40	4,35	3,92	3,88	4,80	4,81
Kaikki vastaajat	4,47	4,37	3,91	3,84	4,79	4,75

Eri viestien vastaanottajaryhmien osalta tulokset eivät osoita tilastollisesti merkitseviä muutoksia missään asenneulottuvuudessa. Yleinen terveystasinnostus ja suhtautuminen luomutuotteita kohtaan ovat säilyneet suurin piirtein samalla tasolla, kun taas kiinnostus kevyttuotteita kohtaan on noussut hieman. Vastaavasti nautintoasenteet ovat kääntyneet hienoiseen laskuun, mutta tilastollisesti merkitseviä

eroja ei ole havaittavissa. Viestien vastaanottajaryhmien välillä ei ole huomattavissa eroja eri asenneulottuvuuksien lähtötasoissa tai eri vaiheiden välillä tapah-tuneen muutoksen suuruudessa. Nämä yleisen tason tulokset antavat joitakin vii-teitä siitä, että terveys- ja makuasenteet ovat muuttuneet intervention eri vaihei-den välillä toivotulla tavalla. Irrottamalla aineistosta niitä vastaajia, joiden terve-ysmotiivipreferenssit vastaavat paremmin käytettyä terveysviestintää, on mahdol-lista havaita intervention vaikutukset selkeämmin.

Kuten edellä todettiin, sukupuolten väliset erot ruokavalion laadussa tyydyttyneen oli havaittavissa erityisesti Rasvalistauksen kohdalla. Miesten ruokavalion laatu oli heikompi naisiin verrattuna kautta linjan. Miten tämä ruokavalion laadun ero näkyy sitten miesten ja naisten ruoka-asenteissa? Taulukossa 35 on vertailtu eri sukupuolten ruoka-asenteiden keskiarvoja.

Taulukko 35. Intervention vaikutus ruoka-asenteisiin sukupuolten välisessä vertailussa.

Sukupuoli	Uhkaviesti	Yleinen terveys- kiinnostus		Kiinnostus kevyt- tuotteita kohtaan		Kiinnostus luomu- tuotteita kohtaan	
		1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe
Mies	Yksilöllinen	4,32	4,29	3,61^d	3,80^d	4,26	4,35
	Sosiaalinen	4,21	4,18	3,71 ^f	3,88 ^f	4,17	4,19
	Yleinen	4,24	4,22	3,79	3,88	4,38	4,41
	Yhteensä	4,26 ^a	4,23 ^a	3,71 ^b	3,85 ^b	4,28 ^c	4,32 ^c
Nainen	Yksilöllinen	4,62	4,60	3,42	3,48	4,73	4,71
	Sosiaalinen	4,67	4,66	3,49	3,62	4,80	4,80
	Yleinen	4,70	4,66	3,42	3,53	4,81	4,77
	Yhteensä	4,67 ^a	4,64 ^a	3,44 ^b	3,54 ^b	4,78 ^c	4,76 ^c
Sukupuoli	Uhkaviesti	Herkutteluhimo		Ruoan käyttö palkintona		Nautiskelu	
		1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe
Mies	Yksilöllinen	4,23 ^e	4,07 ^e	3,76	3,65	4,64	4,56
	Sosiaalinen	4,29	4,20	3,81	3,74	4,68	4,61
	Yleinen	4,31	4,27	3,78	3,89	4,69	4,69
	Yhteensä	4,28	4,18	3,78	3,76	4,67	4,62
Nainen	Yksilöllinen	4,85	4,76	3,98	3,94	4,92	4,88
	Sosiaalinen	4,59	4,45	4,03	3,91	4,85	4,84
	Yleinen	4,48	4,40	4,05	3,88	4,90	4,91
	Yhteensä	4,63	4,53	4,02	3,91	4,89	4,87

Naiset näyttäisivät suhtautuvan miehiä positiivisemmin terveysasioihin ($p=0,00^a$) sekä intervention alussa että lopussa, kun taas elintarvikeasenteet kohdalla mene-vät ristiin. Miesten asenne on positiivisempi kevyttuotteita kohtaan naisiin verrat-

tuna ($p=0,00^b$), mutta luomutuotteiden kohdalla naisten asenne on suotuisampi kuin miesten ($p=0,00^c$). Ruoan nautinnollisuusasenteissa näkyy naisten positiivisempi suhtautuminen jokaisella osa-alueella, mutta erityisesti herkutteluhimon kohdalla. Voimakkaimmin miehiä ja naisia erottelevat ruoka-asenneulottuvuudet ovat näiden tulosten perusteella yleinen terveyskiinnostus ja herkutteluhimo. Miesten asenne oli naisten asennetta positiivisempi vain kevyttuotteiden kohdalla, mikä on jossain määrin ristiriidassa sen kanssa, että miehet syövät naisia enemmän tyydyttynyttä rasvaa sisältävää ruokaa, kuten edeltävässä luvussa todettiin.

Intervention toimivuutta tarkasteltaessa ei voida havaita systemaattisia vaikutuksia. Kiinnostava piirre on kuitenkin löydettävissä yksilöllisen uhkaviestin vastaanottaneiden miesten ryhmässä. Kiinnostus kevyttuotteita kohtaan on noussut merkitsevästi ($p=0,05^d$) ja samalla suhtautuminen herkutteluhimoa kohtaan on kiristynyt lupaavasti ($p=0,10^e$). Myös sosiaalisen uhkaviestin vastaanottaneiden miesten kiinnostus kevyttuotteita kohtaan on kohonnut merkitsevästi ($p=0,07^f$). Muilta osin muutokset eivät poikkea koko aineiston tuloksista. Miehillä on edelleen naisia voimakkaampi kiinnostus kevyttuotteita kohtaan ja naisten ruoka-asenteet ovat miehiä positiivisempia kaikilta muilta osin.

Terveys- ja makuasenteiden vertailu sukupuolten välillä osoittautui tässä tarkastelussa erittäin tehokkaaksi vertailuasetelmaksi, jos vertaa sukupuolten tuloksia eri ruoka-asenneulottuvuuksissa. Sukupuolten välille syntyy merkitseviä eroja jokaisen asenneulottuvuuden kohdalla ($p=0,00$). Suurimmat erot miesten ja naisten välillä syntyvät asenteiden ”kiinnostus luomutuotteita kohtaan” ja ”herkutteluhimo” kohdilla. Lisäksi tiettyjen viestien vastaanottajaryhmien välillä on havaittavissa suuria eroja. Esimerkiksi kiinnostus luomutuotteita kohtaan osalta sosiaalisen viestin vastaanottaneiden ryhmät ja herkutteluhimon osalta yksilöllisen viestin vastaanottaneiden ryhmät. Systemaattisia eroja viestien vastaanottajaryhmien välillä on kuitenkin vaikea havaita. Miesten ja naisten terveyteen ja makuun liittämät asenteet kuitenkin vaikuttaisivat tämän vertailun perusteella eroavan merkittävästi toisistaan. Ravitsemustietämyksen kohdalla (Taulukko 33) on havaittavissa samansuuntaisia eroavaisuuksia sukupuoliryhmien välillä. Taulukossa 36 on hahmoteltuna eri sukupuolten itsetarkkailupisteet vastaanotetun viestin perusteella luokiteltuna.

Mielenkiintoinen tulos kuitenkin oli, että miesten ja naisten välillä on havaittavissa merkittäviä eroja sekä terveys- ja makuasenteissa (Taulukko 35) että ravitsemustietämyksen tasossa (Taulukko 33). Tämä on rohkaisevaa tietoa siltä kannalta, että tarkastelemalla tietyn ominaisuuden perusteella luotuja ryhmiä on aineistossa havaittavaa eroavaisuutta erilaisten potentiaalisten kuluttajaryhmien suhteen. Kun otetaan huomioon itsetarkkailun vaikutus, ei ole havaittavissa olevia eroja suku-

puolten välillä. Suurimmat erot itsetarkkailun määrässä löytyy miesten puolella yleisen uhkaviestin vastaanottaneen ryhmän ja naisten puolella sosiaalisen viestin vastaanottaneen ryhmän välillä ($p=0,00^g$). Tarkkailemalla aikaisemmin esitettyjä tuloksia havaita, että vaikka miesvastaajien yleisen uhkaviestin vastaanottaneella ryhmällä ja naisten sosiaalisen viestin vastaanottaneella ryhmällä esiintyy paikoit-
tain merkittäviäkin eroavaisuuksia, eivät nämä eroavaisuudet kuitenkaan poikkea muista esiin nousseista eroavaisuuksista ryhmien välisissä vertailuissa.

Taulukko 36. Sukupuolten väliset erot itsetarkkailun suhteen.

Sukupuoli	Uhkaviest	Itsetarkkailupisteet (0–84)
Mies	Yksilöllinen	56,86
	Sosiaalinen	56,29
	Yleinen	55,09 ^g
	Yhteensä	56,07
Nainen	Yksilöllinen	56,67
	Sosiaalinen	59,05 ^g
	Yleinen	57,36
	Yhteensä	57,70

4.2 Terveysmotiivien erilaisen painottamisen perusteella muodostetut ryhmät

Kuten luvussa 4.1 havaittiin, vain harvoin jokin uhkaviest on saanut aikaan systemaattista positiivista muutosta joko kaikissa vastaajissa tai miesten ja naisten välisessä vertailussa. Onkin mielenkiintoista nähdä, miten intervention vaikutukset nousevat esiin terveysmotiivien erilaisen painottamisen perusteella muodostetuissa ryhmissä (ks. alaluku 3.2). Näiden ryhmien muodostamisessa ja profiloinnissa on otettu huomioon monia psykologisia ja psykograafisia muuttujia.

4.2.1 *Intervention vaikutukset painoindeksiin ja ruokavalion laatuun terveysmotiivien perusteella muodostetuissa ryhmissä*

Taulukossa 37 on esitetty terveysmotiivien erilaiseen painottamiseen perustuvien kuluttajaryhmien vertailu painoindeksiin ja ruokavalion laadun muutoksen osalta tutkimuksen ensimmäisen ja viimeisen vaiheen välillä. Painoindeksissä ei ole tässäkään vertailussa tapahtunut merkittäviä muutoksia, mikä, niin kuin on jo aiemmin todettu, ei ole kovin yllättävää. Ryhmien välisissä vertailuissa ei ole havaittavissa merkittäviä eroja ruokavalion laadussa interventiotutkimuksen alkutai loppuvaiheen tuloksia verrattaessa. Kuitenkin Rasvalistaus-mittarin kohdalla

on tapahtunut merkittävä positiivinen muutos Rentojen nautiskelijoiden kohdalla ($p=0,03^a$) ja muutos on tapahtunut vielä parempaan suuntaan. Mielenkiintoista onkin nähdä, onko muutos tapahtunut koko ryhmässä, vai vaan tietyn terveystietois-
 vastaanottajaryhmän kohdalla. Lisäksi lupaava muutos on tapahtunut Itsekes-
 keisten menestysjien kohdalla, mutta ero ei kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 37. Terveysmotiiviryhmien tulokset painoindeksin ja rasvan määrää mittaavien tutkimusten kohdalla.

	A. Terveystietoiset liikkujat	B. Rennot nau- tiskelijat	C. Ihmisläheiset rationalistit	D. Perhekeskeiset hoivaajat	E. Itsekeskeiset menestyjät
Painoindeksi 1. vaihe	25,29	27,18 (A E)	27,24 (A E)	27,70 (A E)	26,04
Painoindeksi 3. vaihe	25,29	27,30 (A E)	27,19 (A E)	27,59 (A E)	25,99
Sydänliiton rasvatesti 1. vaihe	17,01	16,94	17,27	16,47	17,55
Sydänliiton rasvatesti 3. vaihe	17,19	16,74	16,70	16,67	17,42
N=	97	178	105	47	120
Rasvalistaus 1. vaihe	12,59	12,76 ^a	12,70	11,95	12,46
Rasvalistaus 3. vaihe	12,43	11,86 ^a	12,64	12,48	12,02
N=	83	156	117	42	135
Ravitsemus- Tietämys 1. vaihe	6,56 (B C E)	6,27 ^b	6,23	6,42 ^c	6,29 ^d
Ravitsemus- Tietämys 1. vaihe	6,60	6,41 ^b	6,38	6,62 ^c	6,43 ^d

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Mielenkiintoinen muutos on tapahtunut myös ravitsemustietämyksen kohdalla, sillä siirryttäessä tutkimuksen ensimmäisestä vaiheesta viimeiseen ovat ryhmien väliset erot tasoittuneet huomattavasti. Ensimmäisessä vaiheessa Terveystietois-
 ten liikkujien ravitsemustietämyksen taso on merkitsevästi korkeammalla tasolla kolmeen muuhun terveystietoisryhmään verrattuna, mutta kolmannessa vaihees-
 sa nämä erot ovat kadonneet. Pitkittäismuutos ravitsemustietämyksessä Rentojen
 nautiskelijoiden kohdalla on merkitsevä ($p=0,05^b$) ja lähestyy merkitsevää Perhe-
 keskeisillä hoivaajilla ($p=0,07^c$) ja Itsekeskeisillä menestysjillä ($p=0,08^d$).

4.2.2 *Intervention vaikutukset ruoka-asenteisiin terveystietojen perusteella muodostetuissa ryhmissä*

Muutokset ruoan terveystietojen asenteissa jäivät pääsääntöisesti olemattomiksi vastaanotetusta terveystietojen tai kuluttajaryhmästä riippumatta (Taulukko 38). Mielenkiintoinen muutos on tapahtunut sosiaalisen ja yleisen uhkaviestin vastaanottaneiden Perhekeskeisten hoivaajien kevyttuoteasenteissa. Tämä muutos on tässä luopaava, sillä juuri sosiaalinen uhkaviesti on aiheuttanut sosiaalisesti orientoituneessa kuluttajaryhmässä muutoksen parempaan suuntaan suhtautumisessa kevyempiin ruokavalintoihin. Toisaalta kun lähes vastaava muutos on tapahtunut myös yleisen uhkaviestin kohdalla, ei sen voida olettaa johtuneen pelkästään vastaanotetusta uhkaviestistä. Muutokset asenteissa eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä. Kahden muun terveystietojen luottavuuden suhteen asenteet pysyivät käytännössä muuttumattomina. Toinen tapa tarkastella ruoka-asenteiden muutosta, on vertailla ryhmien välisiä eroja suhtautumisessa terveellisyteen ja nautinnollisuuteen intervention alussa ja lopussa.

Kiinnostus kevyttuotteita kohtaan oli tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa merkittävästi korkeammalla tasolla yksilöllisten Terveystietojen liikkujien ja Itsekeskeisten menestysten kohdalla verrattuna sosiaalisesti orientoituneisiin Ihmisläheisiin rationalisteihin ja Perhekeskeisiin hoivaajiin (Taulukko 15). Asennemuutoksesta kertoo se, että tilastollisesti merkittävä ero oli tutkimuksen viimeisessä vaiheessa enää yksilöllisten ryhmien ja Perhekeskeisten hoivaajien välillä. Tämä huolimatta siitä, että Perhekeskeisten hoivaajien kevyttuoteasenne oli parantunut merkitsevästi ($p=0,04^a$), kun eri viestien vaikutusta ei pyritä erottelemaan. Luottamuksasenteiden kohdalla ei näin selkeää kahtiajakoa ollut yksilöllisten ja sosiaalisten kuluttajaryhmien välillä, vaan tilastollisesti merkitsevät erot löytyivät alkuvaiheessa Terveystietojen liikkujien ja Perhekeskeisten sekä Rentojen nautiskelijoiden ja Itsekeskeisten menestysten ^b välillä. Intervention lopussa on asenne-eroissa jälleen havaittavissa tietynasteista tasoittumista, sillä merkitsevä ero häviää Terveystietojen liikkujien ja Rentojen nautiskelijoiden väliltä ^c. Tiivistetyksi voidaan todeta, että terveyden näkökulmia huomioivien asenteiden muutoksissa ei vaikuttanut olevan merkitystä sillä, että mikä uhkaviesti oli vastaanotettu, mutta ainakin yhden kuluttajaryhmän asenne kevyttuotteita kohtaan oli parantunut merkitsevästi.

Taulukko 38. Terveysviestien vaikutukset terveystietopohjaisten kuluttajaryhmien ruoka-asennemittarin terveysulottuvuuksiin.

Ruoka- asenne	Vaihe/ Uhkaviesti	A. Terveystietoi- set liikkujat	B. Rennot nautiskelijat	C. Ihmisläheiset rationalistit	D. Perhekeskei- set hoivaajat	E. Itsekeskeiset menestyjät
Yleinen terveys- kiinnostus	1. Yks.	4,54	4,60	4,26	4,61	4,43
	3. Yks.	4,40	4,50	4,32	4,70	4,43
	1. Sos.	4,58	4,32	4,48	4,48	4,55
	3. Sos.	4,57	4,35	4,42	4,50	4,51
	1. Yleinen	4,63	4,51	4,54	4,22	4,41
	3. Yleinen	4,58	4,49	4,48	4,18	4,40
	1. Yht.	4,59	4,47	4,43	4,48	4,46
	3. Yht.	4,52	4,44	4,41	4,46	4,45
Kiinnostus kevyt- tuotteita kohtaan	1. Yks.	3,51	3,44	3,32	3,28	3,83
	3. Yks.	3,66	3,64	3,45	3,45	3,81
	1. Sos.	3,73	3,51	3,74	2,87	3,71
	3. Sos.	3,89	3,70	3,80	3,23	3,81
	1. Yleinen	3,79	3,68	3,28	3,25	3,73
	3. Yleinen	3,86	3,72	3,50	3,59	3,73
	1. Yht.	3,69	3,55	3,42	3,14 ^a	3,76
	3. Yht.	3,81	3,69	3,57	3,43 ^a	3,78
Kiinnostus luomu- tuotteita kohtaan	1. Yks.	4,85	4,50	4,39	4,92	4,26
	3. Yks.	4,84	4,57	4,41	4,90	4,30
	1. Sos.	4,63	4,39	4,56	4,59	4,59
	3. Sos.	4,71	4,45	4,53	4,62	4,52
	1. Yleinen	4,63	4,56	4,83	4,84	4,37
	3. Yleinen	4,54	4,58	4,79	4,92	4,40
	1. Yht.	4,70 ^b	4,48 ^b	4,61	4,79 ^b	4,41 ^b
	3. Yht.	4,68 ^c	4,53	4,59	4,82 ^c	4,40 ^c

Taulukossa 39 on käsitelty ruoka-asennemittarin makuun ja nautinnollisuuteen liittyviä näkökulmia. Muutokset intervention vaiheiden välillä ovat kuluttajaryhmästä tai vastaanotetusta terveystietopohjasta riippumatta pieniä. Mielenkiintoisimmat erot syntyvät jälleen verrattaessa ryhmien välisiä asenne-eroja yhtäältä interventi-
on alussa ja toisaalta sen lopussa. Intervention ensimmäisessä vaiheessa on nähtä-
vissä tilastollisesti merkitsevä ero Terveystietopohjaisten liikkujien ja Perhekeskeisten
hoivaajien suhtautumisessa herkutteluhimoon suhteessa Rentoihin nautiskelijoi-
hin. Kolmannessa vaiheessa on merkitsevä ero syntynyt myös Itsekeskeisten me-
nestyjien ja Rentojen nautiskelijoiden välille. Tämän lisäksi Terveystietopohjaisten
liikkujien ja Perhekeskeisten hoivaajien asenteet herkutteluhimoa kohtaan eroavat
kolmannessa vaiheessa merkittävästi myös Ihmisläheisten rationalistien vastaavis-

ta. Erot ryhmien välillä ovat kärjistyneet siitä huolimatta, että jokaisen kuluttajaryhmän asenne herkutteluhimoa kohtaan on laskenut intervention aikana.

Taulukko 39. Terveysviestien vaikutukset terveystietopohjaisten kuluttajaryhmien ruoka-asennemittarin maku-ulottuvuuksiin.

Ruoka-asenne	Vaihe/Uhkaviesti	A. Terveystietoiset liikkujat	B. Rennot nautiskelijat	C. Ihmisläheiset rationalistit	D. Perhekeskeiset hoivaajat	E. Itsekeskeiset menestyjät
Herkutteluhimo	1. Yks.	4,99 ^d	4,32	4,55	4,91	4,44
	3. Yks.	4,88 ^d	4,20	4,34	4,81	4,36
	1. Sos.	4,48 ^e	4,47	4,38	4,28	4,55
	3. Sos.	4,36 ^e	4,30	4,34	4,15	4,45
	1. Yleinen	4,54 ^f	4,23	4,31	4,84	4,48
	3. Yleinen	4,42 ^f	4,17	4,20	4,86	4,52
	1. Yht.	4,66	4,34	4,41	4,70	4,49
	3. Yht.	4,54	4,22	4,25	4,63	4,44
Ruoan käyttö palkintona	1. Yks.	4,14	3,76	3,89	3,73	3,89
	3. Yks.	4,11	3,67	3,90	3,55	3,78
	1. Sos.	4,04	3,87	3,91	3,49	4,11
	3. Sos.	3,95	3,78	3,81	3,46	3,97
	1. Yleinen	4,18	3,89	3,63	3,86	4,11
	3. Yleinen	3,90	3,84	3,63	3,88	4,23
	1. Yht.	4,12 ^g	3,84	3,79	3,70	4,03 ^h
	3. Yht.	3,98 ^g	3,77	3,77	3,63	3,98 ^h
Nautiskelu	1. Yks.	4,88	4,81	4,77	4,98	4,66
	3. Yks.	4,88	4,75	4,66	4,94	4,58
	1. Sos.	4,73	4,75	4,77	4,91	4,79
	3. Sos.	4,66	4,68	4,76	5,00	4,75
	1. Yleinen	4,87	4,82	4,94	4,53	4,68
	3. Yleinen	4,92	4,76	4,89	4,71	4,73
	1. Yht.	4,83	4,79	4,83	4,81	4,71
	3. Yht.	4,83	4,73	4,78	4,88	4,68

Kuten jo kuluttajaryhmien profilointivaiheessa huomioitiin, niin vaikuttaa Terveystietoisien liikkujien positiivinen asenne herkutteluhimoa kohtaan tietyllä tavalla yllättävältä. Tarkasteltaessa eri viestin vastaanottaneita ryhmiä voidaan havaita, että tämän kuluttajaryhmän korkea vastauskeskiarvo johtuu erityisesti yksilöllisen viestin vastaanottaneesta ryhmästä ^d. He eroavat tilastollisesti merkitsevästi sekä sosiaalisen ($p=0,02^e$) että yleisen uhkaviestin vastaanottaneista ($p=0,03^f$). Samaan aikaan heidän terveys- ja kevyttuotekiinnostuksensa oli kaikkein matalimmalla

tasolla. Tämä voi kieliä siitä uskomuksesta, että nautinnollisuus ja terveellisyys eivät voi yhdistyä ruoassa.

Ruoan käyttö palkintona -asenteen kohdalla yksittäisellä terveystietoisella ei näyttäisi olevan suurta vaikutusta, mutta kuluttajaryhmien välisiä eroja syntyy, kun siirrytään yleisemmän tason tarkasteluun. Myönteinen asennoituminen ruoan käyttöön palkintona profiloi alkuvaiheessa erityisesti Terveystietoisia liikkujia suhteessa Rentoihin nautiskelijoihin, Ihmisläheisiin rationalisteihin ja Perhekeskeisiin hoivaajiin ja lisäksi Itsekeskeisiä menestyjiä suhteessa Ihmiskeskeisiin rationalisteihin ja Perhekeskeisiin hoivaajiin. Intervention kolmanteen vaiheeseen tultaessa merkitsevä ero poistuu Terveystietoisien liikkujien ja Ihmisläheisten rationalistien väliltä, kun Itsekeskeisten menestyjien ja Rentojen nautiskelijoiden välille syntyi merkitysevä asenne-ero. Muutos siirryttäessä intervention ensimmäisestä vaiheesta kolmanteen oli siis eroja tasoittava Terveystietoisien liikkujien kohdalla ^g ja eroja luova Itsekeskeisten menestyjien kohdalla ^h. Suhtautuminen nautiskeluun vaikuttaisi olevan yleisen terveyskiinnostuksen rinnalla asenne, joka ei erottele ryhmiä missään vertailuasetelmassa. Kuitenkin ensin mainittua kohtaan on myönteisempi asenne jokaisessa kuluttajaryhmässä.

Taulukossa 40 on esitetty tiivistetysti kuluttajaryhmien väliset tilastollisesti merkitsevät erot ($p \leq 0,05$) eri ruoka-asenneulottuvuuksissa intervention alussa ja lopussa. Yksittäisten uhkaviestien systemaattisen vaikutuksen todentaminen muodostui vaikeaksi. Kuitenkin tutkittaessa kaikkein viestien yhteistä kykyä muuttaa asenteita, voidaan siitä löytää todisteita kuluttajaryhmäkohtaisista tuloksista. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tietyt ruoka-asenteet profiloivat tiettyjä kuluttajaryhmiä voimakkaasti ja toisia heikommin. Tultaessa tutkimuksen viimeiseen vaiheeseen asenne-erot ryhmien välillä tasoittuivat. Tätä voidaan pitää todisteena intervention vaikutuksesta. Erityisesti kiinnostuksessa kevyttuotteita kohtaan on havaittavissa intervention vaikutus ryhmien keskinäisissä ja pitkittäisissä vertailuasetelmissa. Kun intervention ensimmäisessä vaiheessa oli tilastollisesti merkitsevää eroa havaittavissa kuuden kuluttajaryhmäparin välillä, oli niitä viimeisessä vaiheessa enää kahden ryhmäparin välillä. Tämä viittaa siihen, että ainakin tämän terveysasenteen suhteen kuluttajaryhmien erot ovat tasaantuneet huomattavasti.

Tämä näyttää johtuvan ensimmäisessä vaiheessa heikommin asennoituneiden kuluttajaryhmien asenteiden parantumisesta, eikä esimerkiksi siitä, että myönteisempiä mielipiteitä osoittaneiden terveysasenteet olisivat heikentyneet. Sama ilmiö on nähtävissä myös luomutuoteasenteen kohdalla, mutta ei yhtä voimakkaana. Makuasenteiden puolella erot kuluttajaryhmien välillä intervention seurauksena vaikuttaisivat joko pysyneen ennallaan tai jopa kasvaneen. Esimerkiksi herkuteluhiin suhtautumisen kohdalla merkittäviä asenne-eroja löytyy ensimmäises-

sä vaiheessa vain kahden ryhmäparin kohdalla, kun kolmannessa vaiheessa näitä pareja on viisi. Tämä ei välttämättä ole huono tulos, sillä tämä voi kertoa terveystietoinen viestinnän aiheuttamasta asennekehityksestä, jonka seurauksena erot positiivisemmin ja negatiivisemmin herkutteluun suhtautuneiden ryhmien erot ovat korostuneet.

Taulukko 40. Merkitsevät erojen muutos ($p \leq 0,05$) ruoka-asenteissa tutkimusvaiheiden välillä.

Ruoka-asenne	Merkitsevät ($p \leq 0,05$) erot ryhmien välillä 1. vaiheessa	Merkitsevät ($p \leq 0,05$) erot ryhmien välillä 3. vaiheessa
Kiinnostus kevyttuotteita kohtaan	Terveystietoiset liikkujat vs. 2 <i>Ihmisläheiset rationalistit</i> <i>Perhekeskeiset hoivaajat</i> Rennot nautiskelijat vs. 1 <i>Perhekeskeiset hoivaajat</i> Itsekeskeiset menestyjät vs. 3 <i>Rennot nautiskelijat</i> <i>Ihmisläheiset rationalistit</i> <i>Perhekeskeiset hoivaajat</i>	Terveystietoiset liikkujat vs. 1 <i>Perhekeskeiset hoivaajat</i> Rennot nautiskelijat vs. 0 – Itsekeskeiset menestyjät vs. 1 <i>Perhekeskeiset hoivaajat</i>
Kiinnostus luomutuotteita kohtaan	Terveystietoiset liikkujat vs. 2 <i>Rennot nautiskelijat</i> <i>Itsekeskeiset menestyjät</i> Perhekeskeiset hoivaajat vs. 2 <i>Rennot nautiskelijat</i> <i>Itsekeskeiset menestyjät</i>	Terveystietoiset liikkujat vs. 1 <i>Itsekeskeiset menestyjät</i> Perhekeskeiset hoivaajat vs. 2 <i>Rennot nautiskelijat</i> <i>Itsekeskeiset menestyjät</i>
Herkutteluhimo	Terveystietoiset liikkujat vs. 1 <i>Rennot nautiskelijat</i> Perhekeskeiset hoivaajat vs. 1 <i>Rennot nautiskelijat</i> Itsekeskeiset menestyjät vs. 0 –	Terveystietoiset liikkujat vs. 2 <i>Rennot nautiskelijat</i> <i>Ihmisläheiset rationalistit</i> Perhekeskeiset hoivaajat vs. 2 <i>Rennot nautiskelijat</i> <i>Ihmisläheiset rationalistit</i> Itsekeskeiset menestyjät vs. 1 <i>Rennot nautiskelijat</i>
Ruoan käyttö palkintona	Terveystietoiset liikkujat vs. 3 <i>Rennot nautiskelijat</i> <i>Ihmisläheiset rationalistit</i> <i>Perhekeskeiset hoivaajat</i> Itsekeskeiset menestyjät vs. 2 <i>Ihmisläheiset rationalistit</i> <i>Perhekeskeiset hoivaajat</i>	Terveystietoiset liikkujat vs. 2 <i>Rennot nautiskelijat</i> <i>Ihmisläheiset rationalistit</i> Itsekeskeiset menestyjät vs. 3 <i>Rennot nautiskelijat</i> <i>Ihmisläheiset rationalistit</i> <i>Perhekeskeiset hoivaajat</i>

4.3 Itse- ja muukeskeisten terveystieteiden perusteella muodostetut ryhmät

Itse- ja muukeskeisten terveystieteviryhmien muodostamisesta kerrottiin luvussa 3.3. Ryhmät muodostettiin huomioimalla vain sosiaalisen vastuullisuuden ja itsehallinnan terveystietevit. Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietevin perusteella voimakkaasti profiloituneet vastaajat nimettiin Sosiaalisiksi välittäjiksi ja heikosti profiloituneet Itsenäisiksi välittäjiksi. Itsehallinnan terveystietevin perusteella voimakkaasti profiloituneet nimettiin Menestyshaluisiksi ja heikosti profiloituneet Tasaisiksi suorittajiksi. Tässä luvussa haetaan vastausta siihen kysymykseen, että miten räätälöity terveystieteviesti vaikuttaa sellaiseen kuluttajaryhmään, jonka pitäisi olla erityisen sensitiivinen sen ydinsisällölle. Koska painoindeksissä ei ole havaittu muutoksia aikaisemmissa vertailuissa, niin se ei ole enää jatkotarkasteluissa mukana.

4.3.1 *Intervention vaikutukset ruokavalion terveellisyteen ja ravitsemustietävyyteen itse- ja muukeskeisissä terveystietevi-pohjaisissa kuluttajaryhmissä*

Ensimmäinen muuttuja, jonka suhteen näitä kuluttajaryhmiä vertaillaan, on tyydyttyneen rasvan määrä ruokavaliossa. Yksilöllinen uhkaviestinäyttäisi kääntäneen Sosiaalisten välittäjien tulokset huonompaan suuntaan kummankin ruokavalion laadun mittarin kohdalla, kun taas puolestaan Itsenäisten välittäjien kohdalla kumpikin ruokavalion laadun mittari on taittunut parempaan suuntaan lähes saman verran. Lisäksi yksilölliseen menestymiseen sidotun uhkaviestin vastaanottaminen ei ole aiheuttanut sosiaalisesti profiloituneessa ryhmässä reaktiota parempaan suuntaan. Eikä sosiaaliseen vastuullisuuteenkaan liittyvällä uhkaviestillä ollut juuri vaikutusta. Rasvalistaus-mittarin tulos osoittaa jo lupaavaa muutosta parempaan, mutta merkitsevää eroa ei synny tutkimuksen vaiheiden välille. Itsenäisten välittäjien Sydänliiton testin tulos on sosiaalisen uhkaviestin kohdalla pudonnut merkitsevästi ($p=0,04^a$). Rasvalistaus on saman ryhmän kohdalla liikahantanut hieman parempaan suuntaan, mutta merkitsevää eroa ei muodostu. Taulukossa 41 on esitetty sosiaalisen vastuullisuuden terveystietevin perusteella profiloituneiden ryhmien ruokavalion laatua koskevat tulokset.

Taulukko 41. Sosiaalisen vastuullisuuden terveystiivis perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun suhteen.

Profiloiva terveystiivis: Sosiaalinen vastuullisuus		Sydänliitto 1. Vaihe	Sydänliitto 3. Vaihe	Rasvalistaus 1. Vaihe	Rasvalistaus 3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	18,29	17,92	13,50	13,69
	Itsenäiset välittäjät	16,40	16,78	12,02	11,79
	Verrokkiryhmä	16,92	17,07	12,60	12,26
Sosiaalinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	17,56	17,38	12,59	11,46
	Itsenäiset välittäjät	16,79 ^a	15,08 ^a	12,88	12,15
	Verrokkiryhmä	17,51	17,84	11,57	12,01
Yleinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	17,08	16,52	14,33 ^c	13,63 ^b
	Itsenäiset välittäjät	18,03	17,94	11,78 ^c	10,75 ^b
	Verrokkiryhmä	16,60	16,44	12,94	12,42
Yhteensä	Sosiaaliset välittäjät	17,58	17,19	13,52	12,91
	Itsenäiset välittäjät	16,98	16,47	12,21	11,57
	Verrokkiryhmä	16,98	17,07	12,39	12,24

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Kokonaisuudessaan em. tulokset ovat lupaavia, sillä yksilöllinen uhkaviesti käänsi Sosiaalisten välittäjien ruokavalion laadun huonompaan suuntaan ja sosiaalisen uhkaviestin kohdalla sama ryhmä osoitti jo parannusta toisen mittarin mukaan. Lupaava oli myös tulos siitä, että Itsenäiset välittäjät osoittivat hienoista parannusta yksilöllisen uhkaviestin kohdalla, mutta sosiaalinen uhkaviesti käänsi mittarin tuloksen merkittävästi heikommaksi. Yleisen uhkaviestin vastaanottaneista ryhmistä jokainen Sydänliiton testin täyttänyt näyttäisi huonompia tai muuttumattomia lukemia. Rasvalistauksen tulokset puolestaan osoittavat hienoista parannusta kautta linjan, mutta merkitseviä eroja ei synny vaiheiden välille. Tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa mittaavien kyselyiden tulokset eivät automaattisesti osoittaneet viestien toimivuutta, mutta antoivat siitä viitteitä. Muodostettujen ryhmien kannalta on mielenkiintoista myös huomata mittareissa ilmenevät erot ryhmien välillä. Yleisen uhkaviestin kohdalla löytyy sekä Sosiaalisten välittäjien että Itsenäisten välittäjien väliltä merkittävä ero ($p=0,02^b-0,04^c$) rasvalistauksen tuloksissa. Muiltakin osin on kautta linjan nähtävissä, että Sosiaaliset välittäjät eroavat Itsenäisistä välittäjistä, tosin merkittäviä eroja ei muissa vertailuissa löydy. Taulukossa 42 on tehty edellistä vastaava vertailu ruokavalion laadun mittareiden tulosten kesken Itsehallinnan suhteen profiloituneiden kuluttajien osalta.

Taulukko 42. Itsehallinnan terveystieteiden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun suhteen.

Profiloiva terveystieteiden: Itsehallinta		Sydänliitto 1. Vaihe	Sydänliitto 3. Vaihe	Rasvalistas 1. Vaihe	Rasvalistas 3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviestin	Menestyshaluisten	17,56	17,83	13,00	12,90
	Tasaisten suorittajat	16,89	17,09	12,94	13,09
	Verrokkiryhmä	16,92	16,95	12,36	11,96
Sosiaalinen uhkaviestin	Menestyshaluisten	17,77	17,80	11,85	11,93
	Tasaisten suorittajat	16,97	17,14	12,09	11,83
	Verrokkiryhmä	17,29	16,69	12,21	11,96
Yleinen uhkaviestin	Menestyshaluisten	16,34	16,35	13,11	11,98
	Tasaisten suorittajat	17,03	17,19	12,08	12,14
	Verrokkiryhmä	17,18	16,72	13,50	12,63
Yhteensä	Menestyshaluisten	17,20	17,29	12,64	12,20
	Tasaisten suorittajat	16,96	17,14	12,34	12,34
	Verrokkiryhmä	17,13	16,78	12,65	12,16

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistas: pienempi tulos on parempi

Yksilöllisen uhkaviestin vastaanottaneet Menestyshaluisten ovat tulosten valossa ylläpitäneet vanhan ruokavalionsa tai hienoisesti parantaneet sitä. Sosiaalisen uhkaviestin aikaansaamat muutokset ovat sekä Menestyshaluisten että Tasaisten suorittajien kohdalla pienempiä kuin yksilöllisen uhkaviestin kohdalla, mutta verrokkiryhmän tulokset osoittavat hienoa myönteistä kehitystä. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että millään vastaanotetulla uhkaviestillä ei ollut juuri vaikutusta Itsehallinnan mukaan profiloituneisiin kuluttajaryhmiin ainakaan tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa mittaavien kyselyiden tulosten perusteella.

Taulukossa 43 on käsitelty sosiaalisen vastuullisuuden terveystieteiden perusteella muodostettujen ryhmien tuloksia ravitsemustietämysten suhteen intervention vaiheiden välillä. Sosiaalisen vastuullisuuden perusteella muodostettujen ryhmien ravitsemustietämysten tasossa ei ole tapahtunut muutoksia yksilöllisen uhkaviestin kohdalla, mutta verrokkiryhmän tulos on parantunut merkitsevästi ($p=0,02^d$). Tämä on erityisesti Sosiaalisten välittäjien osalta teorian mukainen tulos, sillä yksilöllisen uhkaviestin pitäisikin puhutella tätä ryhmää huonommin. Kuitenkin siirryttäessä sosiaalisen uhkaviestin, jonka pitäisi olla tälle ryhmälle erityisesti suunniteltu, huomataan ravitsemustietämysten tason notkahtaneen heikompaan suuntaan Sosiaalisten välittäjien osalta ja kääntyneen parempaan suuntaan Itsenäisten välittäjien osalta. Muutokset tuloksissa eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 43. Sosiaalisen vastuullisuuden terveystietämyksen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ravitsemustietämyksen suhteen.

Profiloiva terveystietämys: Sosiaalinen vastuullisuus		Ravitsemustietämys 1. Vaihe	Ravitsemustietämys 3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	6,42 ^e	6,40
	Itsenäiset välittäjät	6,23	6,26
	Verrokkiryhmä	6,17 ^d	6,40 ^d
Sosiaalinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	6,72 ^e	6,56
	Itsenäiset välittäjät	6,09	6,25
	Verrokkiryhmä	6,45	6,59
Yleinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	6,30 ^f	6,57 ^f
	Itsenäiset välittäjät	6,11 ^g	6,34 ^g
	Verrokkiryhmä	6,42	6,55
Yhteensä	Sosiaaliset välittäjät	6,47	6,52
	Itsenäiset välittäjät	6,15 ^h	6,28 ^h
	Verrokkiryhmä	6,35	6,51

On kuitenkin mielenkiintoista huomata kuinka paljon parempi on sosiaalisen uhkaviestin vastaanottaneiden Sosiaalisten välittäjien ravitsemustietämyksen taso intervention ensimmäisessä vaiheessa verrattuna yksilöllisen uhkaviestin vastaanottaneisiin. Ero ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä ($p=0,15^e$). Yleinen uhkaviesti vaikuttaisi aiheuttaneen tulosten parantumista intervention vaiheiden välillä jokaisessa kuluttajaryhmässä. Erityisesti Sosiaalisten välittäjien tulos on tämän viestin kohdalla parantunut ($p=0,04^f$), mutta myös Itsenäiset välittäjät ovat osoittaneet lupaavaa parannusta ($p=0,11^g$). Vaikuttaisi siis, että ravitsemustietämyksen suhteen toimi näille ryhmille tehokkaimmin yleinen uhkaviesti. Jos tarkastellaan tuloksia vielä huomioimatta uhkaviestien vaikutuksia, voidaan huomata, että interventiolla on ollut positiivinen vaikutus erityisesti Itsenäisten välittäjien ravitsemustietämyksen tasoon ($p=0,11^h$).

Taulukossa 44 on tarkasteltu Itsehallinnan terveystietämyksen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien intervention tuloksia vastaavassa asetelmassa. Itsehallinnan perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä pitäisi teoreettisen asetelman perusteella tapahtua muutoksia erityisesti yksilöllisen uhkaviestin kohdalla. Kuitenkin merkitsevä ero intervention vaiheiden välillä on vain Verrokkiryhmän osalta ($p=0,04^i$). Sosiaalisen viestin kohdalla jokaisen ryhmän ravitsemustietämys

on pysynyt suurin piirtein ennallaan tai parantunut hieman, mutta merkitseviä muutoksia ei ole havaittavissa intervention vaiheiden välillä. Yleinen uhkaviesti on aiheuttanut merkitsevän parannuksen Verrokkiryhmän tuloksissa ($p=0,01^j$), mutta muilta osin vaikutukset näyttäisivät jääneen pieniksi. Tämän vertailun perusteella uhkaviesteillä ei ole ollut vaikutusta itsehallinnan terveystietämyksen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmiin ainakaan ravitsemustietämyksen tason perusteella. Toisaalta ryhmässä, jossa itsehallintaa arvostetaan terveystietämyksen ”keskitasolla” on havaittavissa ravitsemustietämyksen tason nousu yksilöllisen ja yleisen uhkaviestin kohdilla, mutta myös tarkasteltaessa koko ryhmän tulosta ($p=0,00^k$).

Taulukko 44. Itsehallinnan terveystietämyksen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ravitsemustietämyksen suhteen.

Profiloiva terveystietämys: Itsehallinta		Ravitsemustietämys 1. Vaihe	Ravitsemustietämys 3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Menestyshaluiset	6,17	6,02
	Tasaiset suorittajat	6,41	6,58
	Verrokkiryhmä	6,18 ⁱ	6,39 ⁱ
Sosiaalinen uhkaviesti	Menestyshaluiset	6,67	6,71
	Tasaiset suorittajat	6,36	6,55
	Verrokkiryhmä	6,34	6,40
Yleinen uhkaviesti	Menestyshaluiset	6,42	6,52
	Tasaiset suorittajat	6,35	6,44
	Verrokkiryhmä	6,29 ^j	6,53 ^j
Yhteensä	Menestyshaluiset	6,43	6,44
	Tasaiset suorittajat	6,37	6,52
	Verrokkiryhmä	6,27 ^k	6,44 ^k

4.3.2 *Intervention vaikutukset ruoka-asenteisiin itse- ja muukeskeisissä terveystietämissä kuluttajaryhmissä*

Tässä luvussa on tarkasteltu edellä muodostettujen kuluttajaryhmien terveystietämyksen ja makuasenteiden muutosta intervention vaikutuksesta. Taulukossa 45 on ensin esitetty sosiaalisen vastuullisuuden terveystietämyksen kannalta eri tavalla profiloituneiden vastaajien tulokset terveystietämyksen asenneulottuvuuksien kohdalla.

Taulukko 45. Sosiaalisen vastuullisuuden terveystiivien perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin terveystiivien luottavuuksista.

Profiloiva terveystiivi: Sosiaalinen vastuullisuus		Yleinen terveystiiv.		Kiinn. kevyttiiv.		Kiinn. luomutiiv.	
		1.	3.	1.	3.	1.	3.
		Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	4,83 ^a	4,73	3,53	3,67	4,74 ^d	4,76
	Itsenäiset välittäjät	4,15 ^a	4,16	3,44	3,42	4,30 ^d	4,32
	Verrokkiryhmä	4,53	4,50	3,54	3,72	4,54	4,58
Sosiaalinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	4,92 ^a	4,85	3,45 ^b	3,71 ^b	4,91 ^c	4,96
	Itsenäiset välittäjät	4,07 ^a	4,14	3,59	3,59	4,30 ^c	4,20
	Verrokkiryhmä	4,48	4,43	3,64	3,81	4,47	4,52
Yleinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	4,70 ^a	4,68	3,32	3,51	4,98 ^c	4,95
	Itsenäiset välittäjät	4,14 ^a	4,20	3,72	3,68	4,26 ^c	4,25
	Verrokkiryhmä	4,53	4,46	3,65	3,77	4,59	4,59
Yhteensä	Sosiaaliset välittäjät	4,81	4,75	3,42	3,62	4,89	4,90
	Itsenäiset välittäjät	4,12	4,16	3,57	3,56	4,29	4,26
	Verrokkiryhmä	4,51	4,46	3,61	3,77	4,54	4,56

Kuten jo aikaisemmissa vertailuissa on ilmennyt, muutokset yleisen terveystiivien nostuksen kohdalla ovat pieniä. Kuitenkin verrattaessa ryhmien välisiä tuloksia, voidaan havaita, että sekä Sosiaalisilla välittäjillä että Itsenäisillä välittäjillä on merkitsevä ero ($p=0,00^a$) yleisen terveystiivien nostuksen suhteen jokaisen uhkaviestin kohdalla tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa, ja tämä ero säilyy myös tultaessa intervention kolmanteen vaiheeseen. Tämä osoittaa sen, että tämän terveystiivien perusteella luotujen kuluttajaryhmien välillä on selkeä ero kiinnostuksessa terveyttä kohtaan, mutta ei valitettavasti kerro mitään viestien toimivuudesta tunnistetuille ryhmille. Kevyttiivien kiinnostuksessa ei tapahdu suuria muutoksia ja se pysyy käytännössä paikallaan.

Lupaavaa on kuitenkin taas huomata, että suurin muutos tapahtuu juuri sosiaalisen uhkaviestin kohdalla Sosiaalisten välittäjissä ^b. Lisäksi kiinnostus luomutiivien kohtaan pysyy käytännössä muuttumattomana kautta linjan. Tämän asenteen suhteen esiintyy sama ilmiö kuin yleisen terveystiivien nostuksen kohdalla, sillä Sosiaalisten välittäjien ja Itsenäisten välittäjien ryhmien välillä on asennetuloksissa jokaisen uhkaviestin kohdalla merkitsevä ero ($p=0,00^c-0,01^d$) tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa, ja tämä ero säilyy tässäkin muuttumattomana tultaessa

tutkimuksen kolmanteen vaiheeseen. Tämä kertoo taas enemmän luotujen ryhmien profiilien eroavaisuuksista kuin terveysviestien toimivuudesta. Terveydellisten asenneulottuvuuksien suhteen ei ilmennyt viestien toimivuuden kannalta kiinnostavaa lisätietoa, joten seuraavaksi käsitellään maku-asenteiden mahdollista muuttumista (taulukko 46).

Taulukko 46. Sosiaalisen vastuullisuuden terveystiivvin perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin makuulottuvuuksista.

Profiloiva terveystiivi: Sosiaalinen vastuullisuus		Herkuttelu- himo		Ruoka palkintona		Nautiskelu	
		1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	4,89 ^e	4,75	3,69	3,78	4,85	4,82
	Itsenäiset välittäjät	4,38 ^e	4,33	3,98	3,88	4,66	4,62
	Verrokkiryhmä	4,53	4,38	3,88	3,77	4,83	4,75
Sosiaalinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	4,51	4,34	3,84	3,66	4,87	4,91
	Itsenäiset välittäjät	4,42	4,23	3,86	3,70	4,58	4,49
	Verrokkiryhmä	4,46	4,40	4,01	3,97	4,82	4,78
Yleinen uhkaviesti	Sosiaaliset välittäjät	4,59	4,52	3,96	3,84	5,13	5,20
	Itsenäiset välittäjät	4,22	4,20	3,83	3,94	4,36	4,47
	Verrokkiryhmä	4,39	4,32	3,94	3,88	4,82	4,76
Yhteensä	Sosiaaliset välittäjät	4,64	4,52	3,85	3,76	4,97	5,00
	Itsenäiset välittäjät	4,35	4,25	3,89	3,84	4,54	4,53
	Verrokkiryhmä	4,46	4,37	3,94	3,87	4,83	4,76

Mielenkiintoinen huomio tulee esiin myös verrattaessa yksilöllisen uhkaviestin vastaanottaneiden Sosiaalisten välittäjien ja Itsenäisten välittäjien tuloksia tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa. Sosiaalisten välittäjien asenne on merkittävästi ($p=0,02^e$) positiivisempi verrattuna Itsenäisten välittäjien asenteeseen. Tulos on ehkä hieman ristiriidassa sen kanssa, että Sosiaalisilla välittäjillä on keskimäärin vähempirasvainen ruokavalio ja merkittävästi parempi asenne yleistä terveystiivnostusta kohtaan Itsenäisillä välittäjillä. Tutkimuksen kolmanteen vaiheeseen tultaessa ero heikkenee hieman, mutta säilyy edelleen merkitsevä.

Taulukossa 47 on käsitelty Itsehallinnan perusteella luotujen kuluttajaryhmien ruoka-asenteiden terveystiivnostuksia. Muutokset suhtautumisessa herkutteluhi-moon intervention vaiheiden välillä ovat vähäisiä. Isoimmat muutokset profi-

loiduissa ryhmissä tapahtuivat juuri sosiaalisen viestin kohdalla, mutta muutokset eivät olleet riittäviä ollakseen merkittäviä. Lisäksi verrattuna sosiaalisen vastuullisuuden perusteella profiloituihin ryhmiin, ei kuluttajien keskinäisessäkin vertailussa löydy eroja. Vastaava asetelma jatkuu myös kevyttuotekiinnostuksessa, vaikkakin tässä vertailussa syntyy ero Menestyshaluisten ja Tasaisten suorittajien välillä erityisesti sosiaalisen uhkaviestin kohdalla ($p=0,03^f$). Tämä on silti jälleen vain kuluttajaryhmiä profiloiva tulos. Vastaava tulos on löydettävissä myös kiinnostuksessa luomutuotteita kohtaan yksilöllisen viestin kohdalla. Tasaiset suorittajat omaavat merkittävästi positiivisemmän asenteen luomutuotteita kohtaan ($p=0,01^g$), mutta viitteitä asennemuutoksesta intervention eri vaiheiden välillä ei ole havaittavissa tämänkään asenneulottuvuuden kohdalla. Molemmat löydetty erot säilyvät vielä siirryttäessä intervention ensimmäisestä vaiheesta viimeiseen.

Taulukko 47. Itsehallinnan perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin terveyslottuvuuksista.

Profiloiva terveystoiminta:		Yleinen terveystoiminta		Kiinn. kevyttuote		Kiinn. luomutuote	
		1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviest	Menestyshaluiset	4,52	4,43	3,60	3,79	4,29 ^g	4,35
	Tasaiset suorittajat	4,46	4,47	3,37	3,49	4,81 ^g	4,81
	Verrokkiryhmä	4,47	4,44	3,54	3,64	4,46	4,50
Sosiaalinen uhkaviest	Menestyshaluiset	4,67	4,61	3,73 ^f	3,91	4,53	4,62
	Tasaiset suorittajat	4,47	4,38	3,23 ^f	3,42	4,49	4,48
	Verrokkiryhmä	4,39	4,41	3,65	3,77	4,53	4,52
Yleinen uhkaviest	Menestyshaluiset	4,54	4,51	3,46	3,54	4,64	4,69
	Tasaiset suorittajat	4,44	4,30	3,42	3,60	4,69	4,64
	Verrokkiryhmä	4,50	4,51	3,70	3,79	4,58	4,57
Yhteensä	Menestyshaluiset	4,58	4,53	3,60	3,74	4,50	4,57
	Tasaiset suorittajat	4,46	4,38	3,37	3,51	4,67	4,65
	Verrokkiryhmä	4,46	4,45	3,54	3,73	4,52	4,53

Tässäkään kuluttajaryhmittelyssä ei ole havaittavissa olevaa muutosta yleisen terveystoiminnan kohdalla. Itsehallinnan terveystoiminnan perusteella profiloituneet kuluttajakuluttajat vaikuttaisivat ainakin ruoka-asenteiden terveyslottuvuuksien perusteella osoittavan vielä heikompaan muutosta vaiheiden välillä kuin sosiaalisen vastuullisuuden terveystoiminnan perusteella profiloituneet ryhmät. Taulukossa 48 on esitetty ruoka-asennemittarin tulokset maku-ulottuvuuksien osalta.

Makuasenteissakaan ei ollut havaittavissa juuri säännöllisiä muutoksia. Herkutte-
luhimoon suhtautumisen osalta imenee yksilöllisen uhkaviestin kohdalla lähes
merkittävä ero ($p=0,07^h$) Menestyshaluisten ja Tasaisten suorittajien välillä, joka
on kolmanteen vaiheeseen tultaessa muodostunut merkittäväksi ($p=0,02^j$). Kiin-
nostavaa tässä muutoksessa on sen tapahtuminen juuri teoreettisesti tarkastellen
”oikeassa” kohderyhmässä. Ruoan käyttö palkintona ei aiheuta ryhmien välillä
muutoksia eri vaiheiden välillä, mutta sosiaalisen viestin kohdalla on havaittavis-
sa merkittävä ero Menestyshaluisten ja verrokkiryhmän tulosten välillä molem-
missa vaiheissa ($p=0,01^j$). Nautiskelun ja ruoan palkitsemiskäytön suhteen eivät
asenteet myöskään muutu intervention vaikutuksesta. Kuitenkin yleinen uhkavies-
ti poistaa merkittävän eron ($p=0,03^k$) suhtautumisessa nautiskeluun Menestysha-
luisten ja Tasaisten suorittajien väliltä, joka kuitenkin tasoittuu tultaessa interven-
tion kolmanteen vaiheeseen ($p=0,10^l$).

Taulukko 48. Itsehallinnan perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulok-
set ruoka-asennemittarin maku-ulottuvuuksista.

Profiloiva terveystoimittaja: Itsehallinta		Herkuttelu- himo		Ruoka palkintona		Nautiskelu	
		1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviest	Menestyshaluiset	4,45 ^h	4,27 ⁱ	3,80	3,77	4,89	4,83
	Tasaistet suorittajat	4,86 ^h	4,77 ⁱ	4,00	3,96	4,78	4,75
	Verrokkiryhmä	4,47	4,35	3,85	3,76	4,76	4,68
Sosiaalinen uhkaviest	Menestyshaluiset	4,66	4,56	4,25 ^j	4,11 ^j	4,82	4,83
	Tasaistet suorittajat	4,41	4,32	3,97	3,96	4,68	4,66
	Verrokkiryhmä	4,40	4,27	3,81 ^j	3,69 ^j	4,78	4,72
Yleinen uhkaviest	Menestyshaluiset	4,54	4,49	4,05	4,16	5,03 ^k	4,99 ^l
	Tasaistet suorittajat	4,62	4,53	3,86	3,74	4,69 ^k	4,73 ^l
	Verrokkiryhmä	4,26	4,21	3,90	3,83	4,77	4,77
Yhteensä	Menestyshaluiset	4,56	4,45	4,04	4,03	4,92	4,89
	Tasaistet suorittajat	4,64	4,55	3,94	3,88	4,72	4,72
	Verrokkiryhmä	4,38	4,28	3,85	3,76	4,77	4,72

Itsehallinnan terveystoimittajin perusteella profiloituissa kuluttajaryhmissä ei ta-
pahtunut missään tulosmittarissa merkittävää muutosta. Ehkä mielenkiintoisin
tulos liittyi herkutteluhimoon suhtautumisessa, jossa Menestyshaluisten ryhmä
erottautui intervention eri vaiheiden myötä Tasaista suorittajista. Tämä lupaava
tulos jäi kuitenkin tulosvertailujen ainoaksi räätälöidyn viestinnän toimivuutta
tukevaksi tulokseksi, sillä muut merkittävät erot ilmenivät samanaikaisesti myös

kahden muun uhkaviestin vastaanottajaryhmässä. Seuraavaksi tarkastellaan intervention vaikutuksia ruoka-asenteiden perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä.

4.4 Ruoka-asenteiden perusteella muodostetut ryhmät

Ruoka-asenteiden perusteella luotujen kuluttajaryhmien rakentamisesta on kerrottu tarkemmin alaluvussa 3.4. Ruoka-asenteiden perusteella luotiin kuluttajaryhmiä käyttäen ruoka-asennemittarin kahta ulottuvuutta (kevyttuotekiinnostusta ja herkutteluhimoa) kuluttajaryhmien muodostamiseen. Voimakkaasti kevyttuotekiinnostuksen perusteella profiloituneet nimettiin Kevyesti eläviksi ja heikosti profiloituneet Estoitta ruokaileviksi. Vastaavasti herkutteluhimon perusteella voimakkaasti profiloituneet nimettiin Nautiskelijoiksi ja heikosti profiloituneet Pidättyväisiksi.

4.4.1 *Intervention vaikutukset ruokavalion laatuun ja ravitsemustietämykseen kevyttuotekiinnostukseen ja herkuttelunhimoa suhtautumisen perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä*

Taulukossa 49 on esitetty kevyttuotekiinnostuksen kannalta profiloitujen kuluttajaryhmien tulokset tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa mittaavista testeistä. Mikään terveysviesti ei ole kummassakaan asenneryhmässä johtanut suuriin muutoksiin ruokavalion laadussa tässä tarkastelussa. Mielenkiintoinen profiileja valottava havainto tulee Sydänliiton mittarin tulosten vertailussa Kevyesti elävien ja Estoitta ruokailevien tuloksia vertaillessa. Ryhmien ero on merkittävä ($p=0,00^a$) jokaisen uhkaviestin kohdalla ja ero säilyy samansuuruisena siirryttäessä ensimmäisestä vaiheesta viimeiseen. Lisäksi Estoitta ruokailevien tulokset eroavat paikoittain merkittävästi myös verrokkiryhmän tuloksista. Rasvalistaus antaa vastaavanlaisia tuloksia, sillä Kevyesti elävien ryhmän rasvatestin tulokset ovat selvästi paremmalla tasolla Estoitta ruokaileviin verrattuna jokaisen uhkaviestin osalta. Merkittäviä eroja ei kuitenkaan muodostu. Käytetystä mittarista huolimatta on erittäin selvää, että muodostettujen kuluttajaryhmien käyttäytymisessä on ravinnon suhteen selkeä ero.

Taulukko 49. Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun suhteen.

Profiloiva ruoka-asetus: Kevyttuotekiinnostus		Sydänliitto 1. Vaihe	Sydänliitto 3. Vaihe	Rasvalistaus 1. Vaihe	Rasvalistaus 3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Kevyesti elävät	19,11 ^a	19,49	12,43	11,71
	Estoitta ruokailevat	14,26 ^a	14,51	13,10	13,15
	Verrokkiryhmä	17,73	17,56	12,42	12,25
Sosiaalinen uhkaviesti	Kevyesti elävät	19,89 ^a	19,83	11,61	11,19
	Estoitta ruokailevat	15,14 ^a	14,49	13,18	12,88
	Verrokkiryhmä	16,78	16,56	11,79	11,82
Yleinen uhkaviesti	Kevyesti elävät	18,54 ^a	18,21	12,95	12,86
	Estoitta ruokailevat	14,20 ^a	13,52	13,58	13,40
	Verrokkiryhmä	17,73	17,76	12,73	11,26
Yhteensä	Kevyesti elävät	19,17 ^a	19,14	12,39	12,02
	Estoitta ruokailevat	14,49 ^a	14,16	13,30	13,16
	Verrokkiryhmä	17,42	17,30	12,30	11,81

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Taulukossa 50 on esitetty vastaava vertailu ruokavalion laadun muutoksesta, kun profiloivana asenneulottuvuutena on käytetty suhtautumista herkutteluhimoon. Kuitenkin verrattuna kevyttuotekiinnostuksen perusteella luotuihin kuluttajaryhmiin, saavat Nautiskelijat rasvatestien perusteella heikompia tuloksia. Tämä näkyy erityisesti Rasvalistauksen tuloksissa, joissa Nautiskelijoiden tulosten erot muodostuvat merkittäviksi yksilöllisen uhkaviestin kohdalla sekä Pidättyväisten että verrokkiryhmän vastauksiin verrattuna ($p=0,01^b$). Lisäksi sosiaalisen uhkaviestin kohdalla muodostuu Nautiskelijoiden ja Pidättyväisten tulosten välille merkittävä ero ($p=0,05^c$). Erot säilyvät yksilöllisen uhkaviestin osalta siirryttäessä tutkimuksen kolmanteen vaiheeseen. Tulos on mielenkiintoinen ja se on linjassa profiloitien kanssa siinä mielessä, että kevyttuotekiinnostuksen kannalta vahvasti profiloitunut ryhmä syö vähemmän kovaa rasvaa ruoassaan ja herkutteluhimon suhteen vahvasti profiloitunut ryhmä syö enemmän kovaa rasvaa ruoassaan. Viestien toimivuutta tämä ei kuitenkaan osoita.

Taulukko 50. Herkutteluhimon voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruokavalion laadun suhteen.

Profiloiva ruoka-asette: Herkutteluhimo		Sydänliitto 1. Vaihe	Sydänliitto 3. Vaihe	Rasvalistaus 1. Vaihe	Rasvalistaus 3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Nautiskelijat	16,83	16,78	15,00 ^b	14,90
	Pidättyväiset	17,31	17,33	11,44 ^b	11,53
	Verrokkiryhmä	17,08	17,39	12,03 ^b	11,54
Sosiaalinen uhkaviesti	Nautiskelijat	16,26	15,98	13,71 ^c	13,80
	Pidättyväiset	17,12	17,55	11,02 ^c	11,36
	Verrokkiryhmä	17,91	17,23	11,98	11,46
Yleinen uhkaviesti	Nautiskelijat	16,70 ^d	17,06 ^d	14,51 ^d	13,93 ^d
	Pidättyväiset	17,28	17,43	12,02	12,00
	Verrokkiryhmä	16,93	16,08	12,82	11,75
Yhteensä	Nautiskelijat	16,63	16,64	14,44	14,23
	Pidättyväiset	17,24	17,43	11,50	11,63
	Verrokkiryhmä	17,32	16,88	12,29	11,59

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Sydänliiton rasvan laatu -testillä mitattuna ei ole tässä vertailussa havaittavissa olevaa muutosta eri vaiheiden välillä. Hyvännäköinen muutos on tapahtunut yleisen uhkaviestin kohdalla verrokkiryhmässä, mutta tämäkään vertailu ei tuota merkittävää eroa tutkimusvaiheiden välille. Lupaavin tulos on yleisen uhkaviestin vastaanottaneiden Nautiskelijoiden kohdalla, jossa sekä Sydänliiton testi että rasvalistauksen tulos notkahtavat lupaavasti parempaan suuntaan ^d. Muutokset eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä, joten kyseessä on suuntaa-antava viite viestin kohderyhmäspesifistä toimivuudesta. Taulukossa 51 on käsitelty intervention vaikutuksia kevytluokkiinnotuksen voimakkuudella muodostettujen kuluttajaryhmien ravitsemustietämykseen.

Yksilöllisen uhkaviestin vastaanottaneet Estoitta ruokailevien ravitsemustietämyksen taso on parantunut lupaavasti, mutta ei merkitsevästi ($p=0,19^e$). Lisäksi Verrokkiryhmän tulos on parantunut intervention vaiheiden välillä sekä sosiaalisen ($p=0,09^f$) että yleisen uhkaviestin kohdalla ($p=0,00^g$). Intervention vaikutukset näkyvät siis erityisesti Verrokkiryhmän tuloksissa ja tämä näkyy myös tehtäessä vertailua huomioimatta terveystietien vaikutuksia, sillä koko Verrokkiryhmän ravitsemustietämyksen taso on noussut merkitsevästi ($p=0,00^h$). Muilta osin ravitsemustietämys on pysynyt suurin piirtein samalla tasolla, mutta huomattavaa on, että minkään vertailuparin tulokset eivät ole heikentyneet intervention myötä.

Taulukko 51. Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ravitsemustietämyksen suhteen.

Profiloiva ruoka-asenne: Kevyttuotekiinnostus		Ravitsemustietämys 1. Vaihe	Ravitsemustietämys 3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Kevyesti elävät	6,34	6,45
	Estoitta ruokailevat	6,13 ^e	6,34 ^e
	Verrokkiryhmä	6,23	6,33
Sosiaalinen uhkaviesti	Kevyesti elävät	6,56	6,56
	Estoitta ruokailevat	6,36	6,35
	Verrokkiryhmä	6,37 ^f	6,54 ^f
Yleinen uhkaviesti	Kevyesti elävät	6,53	6,69
	Estoitta ruokailevat	6,23	6,27
	Verrokkiryhmä	6,25 ^g	6,54 ^g
Yhteensä	Kevyesti elävät	6,48	6,58
	Estoitta ruokailevat	6,24	6,32
	Verrokkiryhmä	6,28 ^h	6,47 ^h

Taulukossa 52 on tarkasteltu intervention vaikutuksia ravitsemustietämyksen tasoon herkutteluhimon voimakkuuden perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä. Nautiskelijoiden ravitsemustietämyksen taso on parantunut erityisesti yleisen uhkaviestin vastaanottaneiden kohdalla ($p=0,09^j$), mutta muilta osin eri viesteillä ei ole ollut huomattavaa vaikutusta. Pidättyväisten ravitsemustietämys on parantunut sekä yksilöllisen ($p=0,07^j$) että yleisen uhkaviestin ($p=0,01^k$) kohdilla, mutta sosiaalisen uhkaviestin vaikutukset ovat jääneet heikoiksi. Tässä vertailussa oli havaittavissa, että intervention vaikutukset näkyvät erityisesti Pidättyväisten ravitsemustietämyksen parantumisena, mutta positiivista kehitystä oli nähtävissä myös Nautiskelijoiden osalta.

Taulukko 52. Herkutteluhimon voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ravitsemustietämyksen suhteen.

Profiloiva ruoka-asenne: Herkutteluhimo		Ravitsemustietämys 1. Vaihe	Ravitsemustietämys 3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Nautiskelijat	6,58	6,55
	Pidättyväiset	5,80 ^j	6,10 ^j
	Verrokkiryhmä	6,24	6,39
Sosiaalinen uhkaviesti	Nautiskelijat	6,56	6,70
	Pidättyväiset	6,41	6,35
	Verrokkiryhmä	6,36	6,48
Yleinen uhkaviesti	Nautiskelijat	6,54 ⁱ	6,74 ⁱ
	Pidättyväiset	6,04 ^k	6,38 ^k
	Verrokkiryhmä	6,39	6,47
Yhteensä	Nautiskelijat	6,56	6,65
	Pidättyväiset	6,08	6,28
	Verrokkiryhmä	6,34	6,45

4.4.2 *Intervention vaikutukset ruoka-asenteisiin kevyttuotekiinnostukseen ja herkuttelunhimon suhtautumisen perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä*

Taulukossa 53 on käsitelty kevyttuotekiinnostuksen perusteella profiloitujen tuloksia ruoka-asennemittarin terveysulottuvuuksista. Yleinen terveyskiinnostus oli pysynyt vaiheiden välillä lähes paikallaan. Mielenkiintoista on havaita tässäkin, että Kevyesti elävillä on tämän ruoka-asenteen perusteella merkitsevästi paremmat arvot kahteen rinnakkaisryhmään verrattuna jokaisen uhkaviestin kohdalla ^a. Lisäksi nämä merkittävät erot siirtyvät myös tutkimuksen viimeiseen vaiheeseen. Kiinnostus kevyttuotteita kohtaan oli tätä ryhmää profiloiva piirre, joten oli odotettavaa, että erot muodostettujen ryhmien välillä olisivat merkittävät. Eroavuudet ovat odotetusti huomattavat ryhmien välillä sekä Kevyesti elävien ja Estoitta ruokailevien välillä, mutta myös verrokkiryhmän suhteen tarkasteltuna ^b. Intervention vaiheiden välillä on kuitenkin havaittavissa mielenkiintoinen muutos, sillä Kevyesti elävien asenne kevyttuotteita kohtaan muuttuu negatiivisemmaksi siirryttäessä ensimmäisestä vaiheesta viimeiseen kun samalla Estoitta ruokailevien asenne muuttuu positiivisemmaksi. Heidän asenteiden paraneminen on jokaisen uhkaviestin kohdalla tilastollisesti merkitsevä ($p=0,00^c$) ja heikentyminen Kevyesti elävillä on myös merkitsevää ($p=0,00-0,05^d$) joka uhkaviestin kohdalla. Kevyiden valintojen tärkeyden korostamisella terveysviestinnässä vaikuttaisi olevan erittäin käänteinen vaikutus näiden kuluttajaryhmien asenteisiin. Kiinnostuksessa kevyt-

tuotteita kohtaan myös verrokkiryhmä osoittaa merkitsevää parannusta sosiaalisen uhkaviestin kohdalla ($p=0,01^e$).

Taulukko 53. Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin terveysulottuvuuksista.

Profiloiva ruoka-asenne: Kevyttuotekiinnostus		Yleinen terveyskiinn.		Kiinn. kevyttuote		Kiinn. luomutuote	
		1.	3.	1.	3.	1.	3.
		Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe
Yksilöllinen uhkaviest	Kevyesti elävät	4,93 ^a	4,84	5,13 ^{b,d}	4,95 ^d	4,32 ^f	4,35
	Estoitta ruokailevat	4,32 ^a	4,32	1,97 ^{b,c}	2,36 ^c	5,01 ^f	4,99
	Verrokkiryhmä	4,34 ^a	4,32	3,55 ^b	3,67	4,32 ^f	4,38
Sosiaalinen uhkaviest	Kevyesti elävät	4,87 ^a	4,78	5,05 ^{b,d}	4,80 ^d	4,32 ^f	4,35
	Estoitta ruokailevat	4,42 ^a	4,39	1,96 ^{b,c}	2,51 ^c	5,01 ^f	4,89
	Verrokkiryhmä	4,26 ^a	4,28	3,61 ^{b,e}	3,78 ^e	4,32 ^f	4,45
Yleinen uhkaviest	Kevyesti elävät	4,76 ^a	4,73	5,03 ^{b,d}	4,90 ^d	4,29 ^g	4,34
	Estoitta ruokailevat	4,36 ^a	4,36	1,93 ^{b,c}	2,30 ^c	5,04 ^g	5,03
	Verrokkiryhmä	4,39 ^a	4,33	3,63 ^b	3,73	4,57	4,53
Yhteensä	Kevyesti elävät	4,85 ^a	4,78	5,07 ^b	4,88	4,35	4,35
	Estoitta ruokailevat	4,37 ^a	4,36	1,95 ^b	2,38	4,99	4,98
	Verrokkiryhmä	4,33 ^a	4,31	3,60 ^b	3,73	4,42	4,45

Kevyesti elävien ja Estoitta ruokailevien luomutuoteasenteet eivät ole muuttuneet merkitsevästi interventiotutkimuksen vaiheiden välillä, mutta jälleen on havaittavissa voimakas profiloiva vaikutus ryhmien välillä. Estoitta ruokailevat osoittavat merkitsevästi positiivisempaa asennetta luomutuotteita kohtaan suhteessa kahteen vertailtavaan ryhmään ($p=0,00^f$) yksilöllisen ja sosiaalisen uhkaviestin kohdalla. Lisäksi yleisen uhkaviestin kohdalla on havaittavissa merkitsevä ero ($p=0,00^g$) Kevyesti elävien ja Estoitta ruokailevien välillä. Vertailu näiden terveysasenteiden suhteen on osoittanut jo erittäin mielenkiintoisia eroja ryhmien välillä, ja osoittanut, että interventiolla on ollut vaikutus tässä vertailussa käytettyyn profiloivaan tekijään. Taulukossa 54 on esitetty kevyttuotekiinnostuksen perusteella profiloitujen kuluttajaryhmien tulokset liittyen makuasenteisiin.

Suhtautumisessa herkutteluhimoon Kevyesti elävät osoittavat lupaavaa muutosta yksilöllisen viestin osalta, mutta ero ei muodostu merkitseväksi ($p=0,12^h$). Ruoan käyttö palkintona on ollut tähän mennessä sellainen asenne, joka ei ole osoittanut

muutoksia juuri missään tarkasteluasetelmassa. Kevyesti elävien ryhmä osoittaa lupaavaa parannusta yksilöllisen viestin kohdalla ja ero vaiheiden välillä muodostuu merkitseväksi ($p=0,04^1$). Lupaavia eroja muodostuu myös muualla, mutta ne eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Nautiskelu on aiheuttanut näiden tarkasteltavien ryhmien välillä tutkimuksen eri vaiheiden välillä hyvin pieniä muutoksia. Tiettyllä tapaa profiilien kanssa linjassa oleva piirre on kuitenkin, että Estoitta ruokailevien ryhmä omaa jokaisen viestin kohdalla positiivisemmän asenteen nautiskelua kohtaan suhteessa kumpaankin verrokkiryhmään. Ero kahteen muuhun ryhmään on merkittävä ($p=0,00-0,01^1$) yksilöllisen ja yleisen uhkaviestin kohdalla.

Taulukko 54. Kevyttuotekiinnostuksen voimakkuuden perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin makuulottuvuuksista.

Profiloiva ruoka-asenne: Kevyttuotekiinnostus		Herkutteluhimo		Ruoka palkintona		Nautiskelu	
		1.	3.	1.	3.	1.	3.
		Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Kevyesti elävät	4,69 ^h	4,48 ^h	3,87 ⁱ	3,64 ⁱ	4,64 ^j	4,65
	Estoitta ruokailevat	4,44	4,35	3,91	3,84	5,15 ^j	5,05
	Verrokkiryhmä	4,55	4,45	3,86	3,87	4,66 ^j	4,58
Sosiaalinen uhkaviesti	Kevyesti elävät	4,65	4,54	4,01	3,87	4,73	4,63
	Estoitta ruokailevat	4,40	4,31	3,99	3,82	4,89	4,81
	Verrokkiryhmä	4,38	4,24	3,86	3,82	4,74	4,76
Yleinen uhkaviesti	Kevyesti elävät	4,35	4,36	3,86	3,87	4,66 ^j	4,68
	Estoitta ruokailevat	4,55	4,38	3,82	3,87	5,11 ^j	5,08
	Verrokkiryhmä	4,35	4,31	4,04	3,90	4,71 ^j	4,73
Yhteensä	Kevyesti elävät	4,54	4,45	3,91	3,80	4,67	4,66
	Estoitta ruokailevat	4,46	4,35	3,90	3,84	5,06	4,98
	Verrokkiryhmä	4,43	4,34	3,92	3,86	4,70	4,69

Kevyesti elävien ja estoitta ruokailevien välinen vertailu on yksi tämän tutkimuksen mielenkiintoisimmista tähän mennessä. Eroja näiden ryhmien välille syntyi järjestelmällisesti sekä ruokavalion laadussa että asenteissa, ja tuloksissa oli nähtävissä myös pitkittäisvaikutusta eri vaiheiden välillä. Erityisen kiinnostava oli näiden ryhmien vertailu kevyttuotekiinnostuksen suhteen. Kevyesti elävien kiinnostus heikkeni intervention myötä, kun taas Estoitta ruokailevien voimistui. Vaikka minkään tietyn viestin toimivuudesta ei saatu suoraa tukea, Kevyesti elävien suhtautuminen herkutteluhimoon ja ruoan käyttöön palkintona parantui eni-

ten yksilöllisen uhkaviestin kohdalla, mutta vain toinen näistä muutoksista oli tilastollisesti merkitsevä, eikä vastaavia tuloksia saatu muissa asenneulottuvuuksissa. Seuraavaksi vertaillaan herkutteluhimoon suhtautumisen perusteella profiloitujen kuluttajien asennetuloksia terveysulottuvuuksien osalta (Taulukko 55).

Taulukko 55. Herkutteluhimon perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin terveysulottuvuuksista.

Profiloiva ruoka-asenne: Herkutteluhimo		Yleinen terveyskiinn.		Kiinn. kevyttuote		Kiinn. luomutuote	
		1.	3.	1.	3.	1.	3.
		Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe	Vaihe
Yksilöllinen uhkaviest	Nautiskelijat	4,50	4,43	3,62	3,77	4,49	4,42
	Pidättyväiset	4,57	4,52	3,45	3,49	4,53	4,62
	Verrokkiryhmä	4,41	4,41	3,48	3,62	4,50	4,57
Sosiaalinen uhkaviest	Nautiskelijat	4,43	4,36	3,67	3,75	4,35 ^m	4,40
	Pidättyväiset	4,56	4,54	3,33 ^l	3,61 ^l	4,72 ^m	4,76
	Verrokkiryhmä	4,44	4,44	3,68	3,80	4,50	4,48
Yleinen uhkaviest	Nautiskelijat	4,16 ^k	4,16	3,49	3,69	4,47	4,52
	Pidättyväiset	4,57 ^k	4,55	3,65	3,77	4,62	4,57
	Verrokkiryhmä	4,62	4,55	3,59	3,63	4,69	4,68
Yhteensä	Nautiskelijat	4,37	4,32	3,59	3,74	4,44	4,44
	Pidättyväiset	4,57	4,54	3,49	3,63	4,62	4,65
	Verrokkiryhmä	4,50	4,47	3,59	3,69	4,57	4,58

Yleinen terveyskiinnostus ei muutu kummassakaan em. kuluttajaryhmässä intervention vaiheiden välillä. Yleisen uhkaviestin kohdalla Pidättyväiset osoittavat merkittävästi positiivisempaa asennetta ($p=0,01^k$) Nautiskelijoihin verrattuna ja asenne-ero säilyy siirryttäessä kolmanteen tutkimusvaiheeseen. Kiinnostus kevyttuotteita kohtaan oli edellisessä vertailussa yksi kiinnostavimmista asenneulottuvuuksista. Tähän liittyen onkin havaittavissa useita lupaavia muutoksia intervention vaiheiden välillä, mutta ainoa tilastollisesti merkittävä ero syntyy sosiaalisen uhkaviestin kohdalla Pidättyväisten tuloksissa ($p=0,04^l$). Kiinnostus luomutuotteita kohtaan toimi hyvin ryhmiä erottelevana tekijänä aikaisemmassa vertailussa ja tässäkin vertailussa eroja syntyy Nautiskelijoiden ja Pidättyväisten välille sosiaalisen uhkaviestin kohdalla ($p=0,03^m$), joka ilmenee molemmissa tarkasteltavissa vaiheissa. Luomutuotekiinnostuksen suhteen ei muodostu mainittavia eroja ryhmien tai intervention vaiheiden välille. Kokonaisuudessaan tarkastellen terveysasenteissa ei yksittäisten muutosten lisäksi löytynyt minkään uhkaviestin systemaattista vaikutusta. Taulukossa 56 on vertailtu Nautiskelijoiden ja Pidättyväisten maku-asenteisiin liittyviä tuloksia.

Taulukko 56. Herkutteluhimoon suhtautumisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-asennemittarin maku-ulottuvuuksista.

Profiloiva ruoka-asenne: Herkutteluhimo		Herkuttelu- himo		Ruoka palkintona		Nautiskelu	
		1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	Nautiskelijat	6,06 ⁿ	5,76 ⁿ	4,50 ^s	4,39	4,94 ^v	4,83
	Pidättyväiset	2,89 ^p	3,07 ^p	3,21 ^s	3,13	4,69 ^v	4,65
	Verrokkiryhmä	4,51 ^q	4,32 ^q	3,84	3,80	4,74	4,70
Sosiaalinen uhkaviesti	Nautiskelijat	6,01 ⁿ	5,73 ⁿ	4,74 ^s	4,57	4,92 ^t	4,80
	Pidättyväiset	2,99	3,07	3,31 ^s	3,19	4,67 ^t	4,61
	Verrokkiryhmä	4,49 ^r	4,35 ^r	3,89	3,82	4,76	4,77
Yleinen uhkaviesti	Nautiskelijat	6,11 ⁿ	5,77 ⁿ	4,76 ^s	4,63	4,92 ^u	4,98
	Pidättyväiset	2,79 ^o	3,01 ^o	3,28 ^s	3,22	4,61 ^u	4,65
	Verrokkiryhmä	4,50	4,42	3,88	3,90	4,86	4,81
Yhteensä	Nautiskelijat	6,06	5,76	4,66	4,52	4,93	4,87
	Pidättyväiset	2,88	3,05	3,26	3,18	4,66	4,64
	Verrokkiryhmä	4,50	4,36	3,87	3,84	4,79	4,76

Tässäkin vertailuissa voidaan havaita vastaava käänteisilmiö, joka tuli esiin kevyttuote kiinnostuksen kohdalla (Taulukko 53). Nautiskelijoiden asenne herkutteluhimoa kohtaan on kiristynyt merkitsevästi ($p=0,00^n$) riippumatta terveystietoisuudesta ja vastaavasti Pidättyväisten asenne muuttuu merkittävästi positiivisemmaksi yleisen uhkaviestin kohdalla ($p=0,02^o$) ja lähenee tilastollisesti merkitsevää tasoa yksilöllisen uhkaviestin kohdalla ($p=0,07^p$). Lisäksi verrokkiryhmän kohdalla esiintyy merkitsevä kiristymisen suhtautumisessa herkutteluhimoon yksilöllisen ($p=0,00^q$) ja sosiaalisen ($p=0,02^r$) uhkaviestin kohdalla, mikä osaltaan havaittuja toisilleen käänteisiä tutkimustuloksia. Interventiolla on tämän tarkastelun perusteella voinut olla positiivinen asennevaikutus Nautiskelijoihin ja Estoittia ruokailuihin, mutta jopa negatiivinen vaikutus Pidättyväisiin ja Kevyesti eläviin.

Ruokien käyttö palkintona vaikuttaisi profiloivan erityisesti Nautiskelijoiden ryhmää suhteessa Pidättyväisiin, mutta myös jonkun verran suhteessa verrokkiryhmään. Erot profiloitujen ryhmien välillä ovat merkitsevällä tasolla jokaisen uhkaviestin kohdalla ($p=0,00^s$). Muutokset suhteutumisessa ruokaan palkintona intervention eri vaiheiden välillä jäävät pieniksi, eikä tilastollisesti merkitseviä eroja synny minkään ryhmän kohdalla. Nautiskelu vaikuttaa jälleen asenteelta, toimii erityisesti Nautiskelijoiden verrattuna Pidättyväisiin. Ero näiden ryhmien välillä on merkittäväällä tasolla sosiaalisen ($p=0,05^t$) ja yleisen uhkaviestin kohdalla ($p=0,03^u$), mutta lähenee tilastollista merkitsevyyttä myös yksilöllisen viestin kohdal-

la ($p=0,06^v$). Kuluttajaryhmien väliset erot kapenevat erityisesti yksilöllisen ja sosiaalisen uhkaviestin kohdalla, mutta tutkimusvaiheiden välillä ei ole merkitseviä eroja minkään ryhmän kohdalla.

Suhtautuminen herkutteluhimoon toi esiin kiinnostavia eroja Nautiskelijoiden ja Pidättyväisten välillä, mutta myös muutoksia intervention eri vaiheiden vertailussa. Intervention vaikutukset menivät Nautiskelijoiden ja Pidättyväisten kohdalla ristiin ainakin herkutteluhimoon suhtautumisen tapauksessa. Tämä ilmiö ei tullut esiin muiden asenneulottuvuuksien kohdalla. Yksittäiset viestit eivät tämän analyysin perusteella tuntuneet löytävän mitään tiettyä kohderyhmää, mutta intervention menetelmän toimivuudesta kokonaisuutena saatiin uskottavia viitteitä.

4.5 Normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen huomioiminen tuloksissa

Tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen uskomisen roolia ei ole vielä käsitelty tässä tutkimusraportissa. Tämä ns. normatiivinen rasvauskomus selvitettiin toisessa vaiheessa suoralla kysymyksellä: *”Uskotteko henkilökohtaisesti tyydyttyneen rasvan olevan merkittävä terveysongelma suomalaisessa ruokavaliossa?”* Väittämään vastattiin ”kyllä” tai ”ei”. Jälkimmäiseen vaihtoehtoon päätyneitä pyydettiin ilmoittamaan hänen mielestään suurimman ongelman suomalaisessa ruokavaliossa.

Tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen uskovien vastaajien määrä on aineistossa noin 75 %. Voidaan siis olettaa, että noin neljäsosalle vastaajista vastaanotetut uhkaviestit eivät ole olleet relevantteja, koska he eivät lähtökohtaisesti usko niiden sisältöön. Erityisesti lisäaineet, hiilihydraatit ja sokerit olivat tyydyttyneen rasvan vaarallisuudesta eri mieltä olleiden mukaan merkittävämpi riski ruokavaliossa. Lisäksi jonkun verran nousi esiin myös monipuolisen ruokavalion tärkeys. Normatiivisen rasvauskomuksen vaikutusta tutkimustulosten tulkintaan käsitellään siten, että vastaajat jaetaan kahtia tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen uskoviin ja niihin, jotka eivät siihen usko. Taulukossa 57 on tarkasteltu sitä, että miten normatiivisen rasvauskomuksen omaavat miehet ja naiset ovat jakaantuneet eri viestien vastaanottajaryhmiin.

Eri sukupuolten vastauksia vertailtaessa huomataan heti, että miehet uskovat naisia vähemmän tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen. Tämä on mielenkiintoinen havainto, koska miehillä oli selkeästi positiivisemmat kevyttuoteasenteet (Taulukko 11). Normatiivisen rasvauskomuksen omaavien vastaajien lukumäärät ovat jakaantuneet aika tasaisesti eri terveystietien vastaanottaneiden kesken. Ainoa

poikkeus on sosiaalisen uhkaviestin vastaanottaneiden naisvastaajien suurempi osuus. Lisäksi naisten mielipiteissä on enemmän hajontaa, kun taas miehet uskovat tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen tasaisemmin. Tulosten perusteella miehet uskovat merkitsevästi naisia vähemmän tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen ($p=0,01^a$).

Taulukko 57. Normatiivisen uskomuksen tyydyttyneen rasvan vaarallisuudesta omaavien mies- ja naisvastaajien jakautuminen viestien vastaanottajaryhmiin.

Terveysviesti:	Vastaajia (N=1081)	Miehiä (n=492)	Naisia (n=589)
Yksilöllinen uhkaviesti	256 (73 %)	118 (70 %)	138 (75 %)
Sosiaalinen uhkaviesti	267 (77 %)	108 (70 %)	159 (82 %)
Yleinen uhkaviesti	284 (75 %)	122 (72 %)	162 (77 %)
Yhteensä	N= 807 (75 %)	348 (70 %) ^a	459 (78 %) ^a

4.5.1 Normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella tunnistettujen kuluttajaryhmien eroavaisuudet

Taulukossa 58 on vertailtu ruokavalion laatua, ravitsemustietämystä ja painoindeksiä normatiivisen rasvauskomuksen perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä. Normatiivisen uskomuksen tyydyttyneen rasvan vaarallisuudesta omaavat kuluttajat nimettiin Rasvatietoisiksi ja ne vastaajat, jotka eivät pidä tyydyttynyttä rasvaa vaarallisena, nimettiin Rasvaskeptikoiksi.

Taulukko 58. Normatiivisen rasvauskomuksen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien vertailu ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin suhteen.

Mittari (1. vaihe):	Rasvatietoiset (N=807)	Rasvaskeptikot (N=274)
Sydänliiton testi	18,24 ^b	13,59 ^b
Rasvalistaus	12,00 ^c	14,22 ^c
Ravitsemustietämys	6,42 ^d	6,04 ^d
Painoindeksi	26,53	27,01

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Sekä Sydänliiton testin ^b että Rasvalistauksen ^c perusteella Rasvatietoisilla on merkitsevästi parempi ruokavalion laatu tyydyttyneen rasvan suhteen kuin Ras-

vaskeptikoilla. Lisäksi samansuuntainen tilastollisesti merkitsevä ero muodostuu ravitsemustietämyksen tasossa näiden ryhmien välille ^c. Tunnistetut erot ovat loogisia, sillä ruokavalion laatua mitattiin juuri tyydyttyneen rasvan määrän kannalta ja ravitsemustietämiskysymykset liittyivät osaltaan sen välttämisen tiedostamiseen. Painoindeksiltään Rasvatietoiset ovat hieman kevyemmässä kunnossa, mutta ero ei ole merkitsevä. Taulukossa 59 on tarkasteltu em. ryhmien ruoka-asenteita intervention alkuvaiheessa.

Taulukko 59. Normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien vertailu ruoka-asenteiden suhteen.

Ruoka-asenne:	Rasvatietoiset (N=807)	Rasvaskeptikot (N=274)
Yleinen terveystietämyksen kiinnostus	4,62 ^e	4,06 ^e
Kevyttuotekiinnostus	3,86 ^f	2,69 ^f
Luomutuotekiinnostus	4,53	4,60
Herkuttelunhimo	4,53 ^g	4,31 ^g
Ruoan käyttö palkintona	3,92	3,89
Nautiskelu	4,76	4,87

Ruoka-asenteiltaan Rasvatietoiset ja Rasvaskeptikot eroavat merkitsevästi yleisen terveystietämyksen ^e, ja kevyttuotekiinnostuksen ^f sekä herkuttelunhimoa ^g suhtautumisen ^g osalta. Vaikka ruokavalion laadun tai ravitsemustietämyksen erot eivät näy esimerkiksi painoindeksissä, ovat Rasvatietoiset merkitsevästi kiinnostuneempia kevyttuotteista tai terveysasioista yleisesti. Ero herkuttelunhimoa suhtautumisessa saattaa kertoa siitä, että Rasvaskeptikot kokevat syövänsä ”raskaampaa” ruokaa ja tästä syystä näkevät sen negatiivisessa valossa.

4.5.2 *Intervention vaikutukset normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä*

Taulukossa 60 on tarkasteltu intervention tuloksia normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja painoindeksin muuttumisen suhteen. Sydänliiton rasvan laatu -testin mukaan vertailtavien kuluttajaryhmien ruokavalioissa ei ole juurikaan tapahtunut muutoksia intervention vaikutuksesta. Rasvaskeptikoiden ruokavalion laatu on tämän testin perusteella jopa heikentynyt hieman, vaikka ei merkitsevästi. Rasvalistauksen perusteella kummankin kuluttajaryhmän tulokset ovat parantuneet, mutta merkitseviä eroja ei muodostu. Myös ravitsemustietämys on kääntynyt hienoiseen nousuun, mutta tässä ei merkitseviä eroja synny vaiheiden välillä. Painoindeksi on pysynyt lähes ennallaan.

Taulukko 60. Intervention vaikutus normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien ruokavalion laatuun, ravitsemustietämykseen ja painoindeksiin.

Mittari:	Rasva- tietoiset 1.vaihe	Rasva- tietoiset 3.vaihe	Rasva- skeptikot 1.vaihe	Rasva- skeptikot 3. vaihe
Sydänliiton testi	18,24	18,19	13,59	13,12
Rasvalistaus	12,00	11,65	14,22	13,76
Ravitsemustietämys	6,42	6,54	6,04	6,21
Painoindeksi	26,53	26,58	27,01	26,88

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Taulukossa 61 on vertailtu intervention vaikutuksia näiden kuluttajaryhmien ruokaan liittyviin terveysasenteisiin uhkaviestikohtaisesti. Koska kehoitus tyydyttäneen rasvan vähentämiseen ruokavaliossa oli merkittävä osa viestien sisältöä, voidaan loogisesti olettaa, että ne vetoavat paremmin Rasvatietoisiin.

Taulukko 61. Intervention vaikutus normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien ruokaan liittyviin terveysasenteisiin.

		Yleinen terveyskiinn.		Kiinn. kevyttuote		Kiinn. luomutuote	
		1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	R.tietoiset	4,66	4,61	3,81	3,96	4,50	4,54
	R. skeptikot	3,98	4,02	2,73	2,76	4,53	4,54
	Yhteensä	4,47	4,45	3,51	3,63	4,51	4,54
Sosiaalinen uhkaviesti	R.tietoiset	4,59	4,57	3,88	4,04	4,53	4,54
	R. skeptikot	4,07	4,02	2,63	2,74	4,52	4,51
	Yhteensä	4,47	4,45	3,59	3,73	4,52	4,53
Yleinen uhkaviesti	R.tietoiset	4,62	4,61	3,88	4,02	4,57	4,58
	R. skeptikot	4,13	4,01	2,71	2,71	4,75	4,70
	Yhteensä	4,50	4,46	3,59	3,69	4,62	4,61
Yhteensä	R.tietoiset	4,62	4,60	3,86	4,01	4,53	4,55
	R. skeptikot	4,06	4,02	2,69	2,74	4,60	4,59
	Yhteensä	4,48	4,45	3,56	3,68	4,55	4,56

Yleinen terveys- ja kevyttuotekiinnostus olivat Rasvatietoisia ja Rasvaskeptikkoja erottelevia asenteita alkutilanteessa (Taulukko 59). Interventiolla ei vaikuttaisi olleen vaikutusta näiden ryhmien yleiseen terveyskiinnostukseen. Kevyttuotekiinnostuksen osalta puolestaan Rasvatietoiset vaikuttaisivat muuttaneen asentei-

taan hieman positiivisempaan suuntaan samalla, kun Rasvaskeptikoiden asenne on pysynyt lähes ennallaan. Tämä muutos ei ole merkitsevä, mutta se korostaa entisestään näiden ryhmien välisiä eroja kevytruoan suosimisessa. Lisäksi se kertoo siitä, että tyydyttyneiden rasvojen vaarallisuudesta viestiminen ei ole muuttanut Rasvaskeptikoiden mielipiteitä. Luomutuotekiinnostuksen suhteen ryhmien asenteet ovat suurin piirtein samalla tasolla, eikä interventio ole muuttanut niitä. Taulukossa 62 on käsitelty intervention vaikutuksia muodostettujen kuluttajaryhmien ruoan makuasenteisiin.

Taulukko 62. Intervention vaikutus normatiivisen rasvauskomuksen omaamisen perusteella muodostettujen kuluttajaryhmien ruoan makuasenteisiin.

		Herkutteluhimo		Ruoka palkintona		Nautiskelu	
		1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe	1. Vaihe	3. Vaihe
Yksilöllinen uhkaviesti	R.tietoiset	4,63	4,50	3,89	3,82	4,76	4,70
	R. skeptikot	4,35	4,26	3,83	3,75	4,85	4,78
	Yhteensä	4,55	4,43	3,88	3,80	4,79	4,72
Sosiaalinen uhkaviesti	R.tietoiset	4,51	4,40	3,91	3,81	4,74	4,71
	R. skeptikot	4,29	4,17	4,02	3,92	4,86	4,81
	Yhteensä	4,46	4,34	3,93	3,83	4,77	4,74
Yleinen uhkaviesti	R.tietoiset	4,45	4,39	3,95	3,86	4,77	4,78
	R. skeptikot	4,28	4,23	3,84	3,94	4,91	4,90
	Yhteensä	4,41	4,35	3,92	3,88	4,80	4,81
Yhteensä	R.tietoiset	4,53	4,42	3,91	3,83	4,76	4,73
	R. skeptikot	4,31	4,22	3,89	3,87	4,87	4,83
	Yhteensä	4,47	4,37	3,91	3,84	4,79	4,76

Suhtautuminen herkuttelunhimoa oli lähtötilanteessa Rasvatietoisia ja Rasvaskeptikkoja erottava ruoka-asenne (taulukko 59). Intervention seurauksena se on kääntynyt järjestelmällisesti negatiivisempaan suuntaan kummassakin ryhmässä kaikkien terveystietojen kohdalla, mutta tilastollisesti merkitseviä eroja ei muodostu. Verrattuna terveystietojen puolelta näitä ryhmiä erottavaan kevytruotekiinnostukseen, jossa intervention vaikutuksesta ryhmien asenne-ero korostui, ovat eroavaisuudet asenteissa Herkutteluhimoa suhteen pysyneet ennallaan myönteisestä kehityksestä huolimatta. Ruoan palkintokäytön ja nautiskelun osalta asenteet ovat intervention vaikutuksesta pysyneet pääsääntöisesti ennallaan tai ehkä hieman kiristyneet.

Asennemuutoksista ei voida tulkita sitä, että terveysuhkaviesteillä olisi ollut voimakkaampi vaikutus normatiivisen rasvauskomuksen omaaviin. Muutokset tulok-

sisä olivat samansuuntaisia ja -kokoisia kuin niillä, jotka eivät usko tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen. Lähtötasoiltaan ryhmät kuitenkin erosivat toisistaan merkitsevästi ruokavalion laadun, ravitsemustietämyksen ja tiettyjen ruoka-asenteiden suhteen. Tämä kertoo siitä, että Rasvatietoiset ja Rasvaskeptikot eroavat selkeästi toisistaan kuluttajakäyttäytymiseltään, joten niitä tulisi lähestyä viestinnällisesti ja markkinoinnillisesti eri tavalla optimaalisen reagoinnin varmistamiseksi.

4.6 Yhteenveto ja johtopäätökset intervention vaikutuksista

Tässä tutkimuksessa luotiin terveystietämyksen erilaisen painottamisen perusteella kuluttajaryhmiä siitä syystä, että aiemman tutkimuksen mukaan vastaavalla tavalla muodostetut kuluttajaryhmät reagoivat positiivisimmin juuri heidän terveystietämyksen preferenssejään vastaaviin terveystietäviin. (Geeroms ym. 2008a.) Intervention lupaavimmat tulokset saavutettiin kuluttajaryhmien välisissä vertailuissa. Vastaanotetun viestin sisällöllä näytti olevan vähemmän merkitystä. Terveystietäviä käytettiin lopulta kahdessa kuluttajaryhmittelyn luomisessa, joista jälkimmäisessä pyrittiin rajaamaan muiden kuin uhkaviestien laatimisessa käytettyjen terveystietävien vaikutus kuluttajaryhmissä. Lisäksi kuluttajaryhmien muodostamismenetelmänä käytettiin sukupuolta. Terveystietä- ja makuasenteista ryhmittelyvälineeksi otettiin ne kaksi, joiden katsottiin liittyvän parhaiten terveystietävien sisältöön. Kaikissa kuluttajaryhmien välisissä vertailtavissa analyysissä huomioitiin se, minkä terveystietävin kukin ryhmä oli vastaanottanut.

Kokonaisuutena tarkastellen ei systemaattisia tuloksia ollut minkään viestin kohdalla havaittavissa. Intervention vaiheiden välillä painoindeksi ei ole muuttunut missään muodostetussa kuluttajaryhmittelyssä. Kuitenkin ryhmien välillä oli havaittavissa useita niiden profiileita vastaavia eroavaisuuksia (esim. Terveystietoiset liikkujat vs. Rennot nautiskelijat). Myös ruokavalion laatu on pysynyt suhteellisen muuttumattomana muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Kuten jo aineistoanalyysien kohdella kerrottiin, ei näissä mittareissa ollut lopulta edes realistista odottaa muutoksia. Ruokavalion laadussa tyydyttyneen rasvan suhteen oli havaittavissa muutamia muutoksia, mutta nekin osoittautuivat satunnaisiksi, eikä niitä voida paikantaa tietyn terveystietävin aiheuttamiksi. Mielenkiintoista oli kuitenkin havaita, että löydetty muutokset ruokavalion laadussa havaittiin tutkimusryhmän kehittämän Rasvalistauksen avulla. Vertailtaessa tuloksia kaikissa 17 muodostetussa kuluttajaryhmissä kiinnittämättä huomiota tilastollisesti merkitseviin eroavaisuuksiin, voidaan huomata, että Sydänliiton rasvan laatu -mittarilla arvioituna kuuden ryhmän ruokavalion laatu on parantunut edes hieman. Vuorostaan Rasvalistauksen tulosten mukaan ruokavalio on parantunut tai kääntynyt pa-

rempaan suuntaan 14 ryhmän kohdalla. Tämä ero on huomattava, ja kertonee jälkimmäisen mittarin paremmasta herkkyydestä. Taulukossa 63 on esitetty kaikkien kuluttajaryhmien tulokset rasvan laatua ruokavaliossa mittaavista kyselyistä.

Nämä tulokset ovat parhaimmillaankin suuntaa antavia, koska kumpaakaan mittaria ei ole validoitu Suomessa. Matalaintensiteettinen interventio korostaa mittausten herkkyyden tärkeyttä. Rasvalistauksessa otetaan huomioon laadullisten valintojen lisäksi myös käyttömäärät, joten muutokset ravitsemuskäyttäytymisessä tulevat herkemmin esiin. Mikäli interventioon osallistunut on vähentänyt jonkun rasvaisen tuotteen syöntiä, mutta ei ole vaihtanut sitä toiseen, ei hänen ruokavalionsa laatu ole Sydänliiton mittarilla parantunut yhtään. Toisinaan tietty terveysviesti aiheutti toivotun reaktion halutussa kohderyhmässä, mutta muutokset tapahtuivat yleensä samalla myös muiden viestien kohdalla, tai ryhmissä, joissa niiden ei teorian mukaan kuulunut tapahtua. Muutokset tapahtuivat yleensä koko kuluttajaryhmän tasolla, riippumatta vastaanotetun terveysviestin sisällöstä. Vaikka ruokavalion laadussa ei ollutkaan havaittavissa systemaattisia muutoksia, oli ravitsemustietämyksessä nähtävissä lupaavanoloinen parannus etenkin kaikkien vastaajien tuloksia tarkasteltaessa. Esimerkiksi intervention ensimmäisessä vaiheessa Terveystietoiset liikkujat erottautuivat selvästi kolmesta muusta terveystietämyksen tason kannalta, mutta kolmannessa vaiheessa ryhmien tietämyksen taso oli lähes samalla viivalla. Intervention vaikutus näkyi muutenkin eräänlaisena tulostuottajien ”tasoittumisena” kolmanteen vaiheeseen saavuttaessa. Tämä tuli esiin erityisesti tehtäessä vertailua ruoka-asenteiden muutoksesta.

Asenteissa oli muutoksia nähtävissä erityisesti kevyttuotekiinnostuksessa ja herkutteluhimossa. Kevyttuotekiinnostuksessa syntyi mielenkiintoinen vastakkainasettelu erityisesti sosiaalisesti ja yksilöllisesti orientoituneiden terveystietämyksen ryhmien välillä. Tämä vastakkainasettelu tapahtuu juuri uhkaviestien sisältöjen kannalta loogisella tavalla. Suhtautumisessa herkutteluhimoon vastaava asetus ei toteutunut näin selkeästi, vaikka sekin oli teemana sidottu viesteissä käytettyihin uhkakuviiin, eli sydän- ja verisuonitautien puhkeamisen vaaraan runsaasti tyydytynyttä rasvaa sisältävän ruoan syömisestä seurauksena. Voi siis olla, että viestien sisällöt käsittelevät kaikille tärkeitä seikkoja, eivätkä näin toimineet erityispeleinä millekään tietylle ryhmälle.

Taulukko 63. Tutkimuksessa muodostettujen kuluttajaryhmien tulokset ruoka-
valion laatua mittaavista kyselyistä intervention eri vaiheissa.

Kuluttajaryhmä:	Sydänliitto	Rasvalistaus
Miehet, 1. vaihe	17,00	14,08
Miehet, 3. vaihe	16,80	13,50
Naiset, 1. vaihe	17,20	11,25
Naiset, 3. vaihe	17,08	11,05
Terveystietoiset liikkujat, 1. vaihe	17,01	12,59
Terveystietoiset liikkujat 3. vaihe	17,19	12,43
Rennot nautiskelijat, 1. vaihe	16,94	12,76
Rennot nautiskelijat 3. vaihe	16,74	11,86
Ihmisläheiset rationalistit, 1. vaihe	17,27	12,70
Ihmisläheiset rationalistit 3. vaihe	16,70	12,64
Perhekeskeiset hoivaajat, 1. vaihe	16,47	11,95
Perhekeskeiset hoivaajat, 3. vaihe	16,67	12,48
Itsekeskeiset menestyjät, 1. vaihe	17,55	12,46
Itsekeskeiset menestyjät 3. vaihe	17,42	12,02
Sosiaaliset välittäjät, 1. vaihe	17,58	13,52
Sosiaaliset välittäjät, 3. vaihe	17,19	12,91
Itsenäiset välittäjät, 1. vaihe	16,98	12,21
Itsenäiset välittäjät, 3. vaihe	16,47	11,57
Menestyshaluiset, 1. vaihe	17,20	12,64
Menestyshaluiset, 3. vaihe	17,29	12,20
Tasaiset suorittajat, 1. vaihe	16,96	12,34
Tasaiset suorittajat, 3. vaihe	17,14	12,34
Kevyesti elävät, 1. vaihe	19,17	12,39
Kevyesti elävät, 3. vaihe	19,14	12,02
Estoitta ruokailevat, 1. vaihe	14,49	13,30
Estoitta ruokailevat, 3. vaihe	14,16	13,16
Nautiskelijat, 1. vaihe	16,63	14,44
Nautiskelijat, 3. vaihe	16,64	14,23
Pidättyväiset, 1. vaihe	17,24	11,50
Pidättyväiset, 3. vaihe	17,43	11,63
Rasvatietoiset, 1. vaihe	18,24	12,00
Rasvatietoiset, 3. vaihe	18,19	11,65
Rasvaskeptikot, 1. vaihe	13,59	14,22
Rasvaskeptikot, 3. vaihe	13,12	13,76

Sydänliitto: suurempi tulos on parempi – Rasvalistaus: pienempi tulos on parempi

Kuitenkin merkittävimmät intervention vaikutukset ilmenivät juuri niissä ruokasenteissa, joita käsiteltiin terveystieteissä (ks. Taulukko 40). Kevyttuotekiinnostuksen kohdalla erot ensimmäisessä vaiheessa positiivisimmin ja negatiivisemmin asennoituneiden välillä katosivat lähes kokonaan kolmanteen vaiheeseen tultaessa. Samanaikaisesti herkutteluhimoon suhtautumisen erot kasvoivat huomattavasti intervention aikana. Tämä voi kertoa siitä, että nautinnolliseksi koettu ja käyttäytymismalleja on kaikkein vaikein muuttaa, mutta niitä voidaan kompensoida lisäämällä terveyteen liittyviä käyttäytymismalleja sen eri muodoissa.

Kun luotiin kuluttajaryhmiä käyttäen niitä terveys- ja makuasenteita, jotka liittyivät vahvasti terveystietien sisältöön, saatiin luotua erittäin mielenkiintoinen vastakkainasettelu. Sen lisäksi että näiden ryhmien välillä oli havaittavissa selkeitä eroja esimerkiksi ruokavalion laadussa, osoittivat ne myös pitkittäismuutoksia intervention tulostuottajissa. Kevyttuotekiinnostuksen perusteella muodostetut kuluttajaryhmät, Kevyesti elävät ja Estoitta ruokailijat, osoittivat eräänlaisen käänteisen reaktion intervention vaikutuksesta. Ensin mainitun ryhmän korkealla ollut kevyttuoteasenne heikkeni merkitsevästi intervention vaikutuksesta, kun samanaikaisesti jälkimmäisen ryhmän kiinnostus nousi merkitsevästi. Vastaava ilmiö ilmeni myös herkutteluhimoon suhtautumisen perusteella muodostetuissa kuluttajaryhmissä. Tämä saattaa kertoa Kevyesti elävien ja Pidättyväisten torjuntareaktioista silloin, kun heidät altistetaan terveyteen liittyville uhkaviesteille. Toisaalta Estoitta ruokailevien ja Nautiskelijoiden terveystieteet muuttuivat positiivisemmaksi intervention myötä, mikä vastasi hyvin interventiotutkimuksen tavoitteita. Muissa kuluttajaryhmien välisissä vertailuissa ei havaittu tämänkaltaisia todisteita intervention vaikutuksesta. Kuitenkin tulokset vahvistivat kuluttajaryhmien luomislogiikoiden toimivuuden. Tutkimuksessa saatiin luotua kuluttajaryhmiä, jotka erosivat toisistaan monien mittareiden ja ominaisuuksien valossa tarkasteltuna.

Tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen uskomisen ruokavaliossa huomioiminen tuloksissa toi mielenkiintoisen lisänäkökulman aineiston käsittelyyn. Normatiivisen rasvauskomuksen omaavien vastaajien (Rasvatietoiset) tulokset olivat monissa terveystietareissa lähtökohtaisesti paremmalla tasolla verrattuna vastaajiin, joilla ei ollut normatiivista rasvauskomusta (Rasvaskeptikot). Erot korostuivat erityisesti tehtäessä vertailua ruokavalion laatuun, yleiseen terveystietinnostukseen ja kiinnostuksessa yleistä terveyttä kevyttuotteita ja herkuttelua kohtaan. Normatiivinen uskomus näkyi siis yleisesti ottaen positiivisempänä ajatteluna kevyempiä valintoja ja terveellistä elämää kohtaan. Verrattaessa vastaajapopulaatioiden tuloksia intervention eri vaiheiden välillä, ei intervention vaikutuksien voida sanoa olevan merkittävästi suurempia Rasvatietoisien kohdalla. Tulosten valossa vaikuttaa siis siltä, että normatiivinen uskomus tyydyttyneen rasvan vaarallisuudesta on

ollut tässä tutkimusaineistoissa enemmänkin profiloiva ominaisuus, mutta ei muutokseen motivoiva ominaisuus. Olisikin ollut jälkikäteen ajateltuna mielenkiintoista tarkkailla myös tämänkaltaisen interventiotutkimuksen vaikutusta normatiivisen rasvauskomuksen esiintymiseen, eli olisiko intervention vaikutuksesta uskomus tyydyttyneen rasvan vaarallisuudesta ruokavaliossa yleistynyt koko vastaajapopulaatiossa? Vai jopa vähentynyt, kun otetaan huomioon, että esimerkiksi kevyttuotekiinnostuksen kohdalla positiivisesti asennoituneiden asenteet kääntyivät intervention vaikutuksesta negatiiviseen suuntaan.

Oliko kuluttajaryhmäkohtaisesta viestienräätälöinnistä hyötyä vastaajien terveyskäyttäytymisen muuttamisessa? Suoraa tukea tästä ei tutkimus pysty antamaan. Kuitenkin esimerkiksi tarkasteltaessa tuloksia viestien kokemisesta (ks. luku 3.2.2) voidaan havaita, että usein tietyille kuluttajaryhmälle suunnattu viesti aiheutti halutun reaktion verrattuna ryhmään, joka sai ”väärän” viestin. Lisäksi aikomus terveyskäyttäytymisen muuttamiseen oli merkittävästi suurempi räätälöityjen viestien kohdilla verrattuna yleiseen uhkaviestiin. Räätälöidyllä viestinnällä saatiin siis luotua merkitsevästi voimakkaampi käyttäytymisaikomus kuin räätälöimättömällä. Aikomuksen on todettu selittävän 28 % käyttäytymismuutoksista. Lisäksi siirtymää aikomuksista tekoihin pystyttiin nostamaan entisestään, mikäli aiemukset pystyttiin linkittämään selkeästi asetettuihin tavoitteisiin. (Sheeran 2002.) Siksi herää kysymys siitä, että millaisia tulokset olisivat olleet, mikäli interventiota olisi voitu jatkaa pidemmälle, tai jos rinnalle olisi tuotu joku intensiivisempi terveyden edistämisen menetelmä.

Luodut kuluttajaryhmät erosivat toisistaan muidenkin mittareiden osalta, kuin pelkästään niiden, joiden perusteella ryhmät muodostettiin. Profiilienmukaiset erot heijastuivat tehokkaasti myös muihin reaktioihin, joten kuluttajakäyttäytymisen oppien mukaan näiden kuluttajaryhmien preferenssien hyödyntäminen markkinoinnissa pitäisi tuottaa tehokkaita tuloksia. Täytyy kuitenkin ottaa myös huomioon tutkimuksen otos. Vastaajille tarjottiin parempaa terveyttä ilman, että heiltä kysyttiin onko heillä tarvetta sille. Kuluttajia ei valikoitu mitenkään erityisesti terveystutkimukseen, vaan he vastasivat vain elintarvikkeisiin liittyvään kyselyyn, jolloin ei voida olla varmoja siitä kuinka hyvin he perehtyivät jaettuihin terveystietoihin. Räätälöidyt viestit eivät näyttäneet tehostavan intervention vaikutusta. Tämä saattaa kertoa siitä, että viesteissä käytettyihin uhkakuviiin oli liian helppoa samaistua. On helppo ajatella haluavansa yhteistä aikaa tärkeiden ihmisten kanssa tai elämässä menestymistä. Kuitenkin pienillä terveyttä edistävillä muutoksilla voi olla merkittävää vaikutusta populaatiotason tarkastelussa. Lisäksi täytyy huomioda käytetyn intervention kustannustehokkuus terveyskäyttäytymisen muuttamisessa.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä raportissa kuvattu interventiotutkimus toteutettiin keväällä 2011 osana TERVAS-hanketta. Tutkimuksen tavoitteita noudattaen kehitettiin koeasetelma, räätälöitiin viestintää erilaisia terveystieteiden huomioiden, muodostettiin kuluttajaryhmiä demografisia ja psykologisia muuttujia soveltaen, vertailtiin muodostettujen kuluttajaryhmien tuloksia ja tarkasteltiin normatiivisen rasvauskomuksen vaikutusta. Seuraavaksi käydään läpi esitellyn tutkimuskokonaisuuden synnyttämiä liikkeenjohdollisia, yhteiskunnallisia ja akateemisia johtopäätöksiä.

5.1 Liikkeenjohdolliset implikaatiot

Yhtenä TERVAS-hankkeen tavoitteena on tutkia sitä, että voidaanko eri kuluttajaryhmien terveystietoisuutta muuttaa myönteisempään suuntaan heille räätälöidyllä interventiomenetelmillä. Tukea saatiin sille ajatukselle, että on mahdollista tunnistaa kuluttajaryhmiä, joille pystytään kommunikoimaan terveydestä eri tavoilla. Näiden ryhmien erot näkyivät sekä terveystietoisuudessa että -asenteissa. Jotkin tulokset olivat jopa yleisten mielikuvien vastaisia. Esimerkiksi miesten ja naisten terveyden kokeminen ja siihen liittyvä käyttäytyminen erosi toisistaan naisten terveellisemmän elämäntavan eduksi. Kuitenkin tarkempi tarkastelu osoittaa, että naiset suhtautuvat sallivammin ruokanautintoja kohtaan, samalla kun miehet taas suhtautuivat merkitsevästi positiivisemmin kevyttuotteisiin. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että miesten ja naisten terveyteen ja elintarvikkeisiin liittämät mielikuvat poikkeavat toisistaan (Oakes 2005; Roininen ym. 2001). Markkinointiviestinnän suunnittelun kannalta tämä kertoo sen, että miehiä kannattaa lähestyä edelleen kevyttuotteiden terveellisyyttä korostamalla, mutta naisasiakkaille voi toimia paremmin elintarvikkeen linkittäminen luonnonmukaisuuteen tai jopa nautinnollisuuteen.

Räätälöidyn terveystietoisuuden ei tässä tutkimuksessa havaittu synnyttävän systemaattista muutosta missään kuluttajaryhmässä. Silti verrattaessa esimerkiksi terveystietoisuuden erilaiseen painottamiseen perustuvien kuluttajaryhmien asennoitumista terveystietoisuuteen, oli havaittavissa selkeä yhteys viestin vaikuttavuudessa niissä kohderyhmissä, joille ne oli suunniteltu: räätälöidyt terveystietoisuustiedot aiheuttivat kuluttajaryhmissä merkitsevästi voimakkaampaa käyttäytymisaikomusta verrattuna räätälöimättömään viestiin. Nämä tulokset sopivat hyvin yhteen terveellisten elintarvikkeiden markkinoinnin viimeaikaisen tutkimuksen kanssa. Esimerkiksi Lone, Pence, Levi, Chan & Bienco-Simeral (2009) osoittivat, että terveellisten elintarvikkeiden markkinoinnissa tulisi ottaa huomioon se, että ovatko kohderyhmät korkeasti vai matalasti kiinnostuneita ruoan terveellisyydestä ja ravintosi-

sällöistä ja näitä ryhmiä tulee lähestyä erilaisin strategisoin ratkaisuin. Lisäksi on havaittu, että kuluttajaryhmien tuntemuksen avulla voidaan niiden terveyskäyttämistä edistää linkittämällä epäterveellisiä elämäntapoja (pikaruoka tai alkoholiinkäyttö) sellaisiin ihmisryhmiin, joihin tunnistettujen kohderyhmien jäsenet eivät halua samaistua. (Berger & Rand 2008.)

Kuluttajat elävät nykyaikana melkoisessa terveysinformaation ristiaallokossa. Viimeaikaisin suuri mullistus ravitsemuksen kannalta alkoi syksyn 2010 rasvakeskustelusta (Yle uutiset 2010), joka johti karppaamisilmiön yleistymiseen Suomessa. Tämä sai aikaan pohdintoja pitkäaikaisen matalahiilihydraattisen ruokavalion terveydellisistä vaikutuksista ja uusien ruokavalioiden suosion nousun. Seuraavaksi ”muotiruokavalioksi” voi kohota ”protaus”, joka perustuu korkeasti proteiinipitoiseen, mutta karppaamiseen verrattuna vähärasvaisempaan ruokavalioon. (Terveysatama 2012.) Tällainen ruokavalioiden jatkuva muutostila aiheuttaa vaikeuksia elintarvikealan yrityksille, sillä heidän on vaikea seurata ja reagoida kuluttajien tarpeisiin ja vaatimuksiin. Tämänkin tutkimuksen tulokset osoittavat, että noin 75 % uskoo edelleen, että tyydyttyneet rasvat ovat vaarallisia ruokavaliassa, kun taas yksi neljännes ei siihen enää usko. Kuvaavaa on lisäksi, että tämä 75 % edustaa tämän tutkimuksen mukaan elää terveellisemmin ja asennoituu positiivisemmin terveelliseen ruokavalioon. Heille voidaan edelleen markkinoida elintarvikkeita perinteisin terveysmielikuvin, kun taas tyydyttyneen rasvan vaarallisuuden kriittisesti suhtautuville on erityisesti matalahiilihydraattisuus ja lisäaineiden vähyys tärkeää terveellisessä ruokavaliassa.

Kuitenkin esimerkiksi kevyttuotteiden markkinoinnissa täytyy ottaa huomioon myös nykyiset trendit. Karhun ym. (2011) tutkimuksessa todettiin, että kevytnimikkeet linkitettiin helposti lisäaineisiin, ja perinteiset rasvaisemmat vaihtoehdot koettiin jopa terveellisimmäksi. Lisäksi kuluttajat ovat jo voineet kokeilla kevyttuotteita ja todeta, että niistä ei ole apua heille painonpudotuksessa. Tämä ei välttämättä ole johtunut tuotteesta, sillä kuluttaja on saattanut liikkua liian vähän tai annoskoot ovat olleet liian suuria. Kuluttaja ei ehkä ole saanut tai hakenut riittävästi informaatiota tuotteen käytöstä ja tämän myötä tehnyt väärän johtopäätöksen sen soveltuvuudesta painonpudotukseen. Joissakin tutkimuksissa on osoitettu, että kevytelintarvikkeiden markkinoinnin ratkaisut ovat itse asiassa lisänneet ylipainoisten kuluttajien paino-ongelmia, koska he ovat kokeneet voivansa syödä enemmän tätä tuotetta. (Wansink & Chandon 2006.) Markkinoijien kannalta ne kuluttajat, jotka ovat yrittäneet syödä terveellisesti ja epäonnistuneet, ovat potentiaalinen kohderyhmä uusille terveyttä edistäville ruokatuotekonsepteille.

Voidaan spekuloida sillä, että olivatko terveysmotiivit, joiden ympärille uhkakuvat rakennettiin liian helposti samaistuttavissa. Oikeastaan ainoa järjestelmällises-

ti asennettaan kevyttuotteita kohtaan heikentänyt ryhmä olivat Kevyesti elävät. Tämä kertoo ehkä siitä, että liian uhkaavat terveystietoisuudet tuntuivat jopa painostavilta näissä jo muutenkin terveystietoisissa kuluttajaryhmissä. Ajatus siitä, että vaikka heidän asenteensa on myönteinen kevyttuotteita kohtaan, he ovat silti vaarassa altistua sydän- ja verisuonitaudeille, elleivät he vähennä tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossaan, oli todennäköisesti ahdistava. Toisin sanoen väärä viesti väärälle kohderyhmälle saattoi aiheuttaa negatiivisen reaktion heidän muuten suosimalleen terveelliselle tuotteelle. Tätä ajatusta tukee myös se, että herkutteluhimoon positiivisesti suhtautuneiden asenteet heikkenivät ja herkutteluhimoon negatiivisesti suhtautuneiden asenteet muuttuivat merkittävästi sallivimmiksi. Tämän tutkimus siis tukee modernin markkinointiajattelun kulmakiveä siitä, että kohderyhmän syvälinen tunteminen on onnistuneen kuluttajakommunikaation edellytys.

5.2 Yhteiskunnalliset implikaatiot

Tämän tutkimuksen yhteiskunnallinen lisäarvo kytkeytyy terveysterventioiden kehittämiseen. Tutkimus osoitti, että teoriavetoisesti rakennetuilla terveysterveistillä voidaan tehokkaasti ainakin kuluttajien asenteisiin. Yksittäisen uhkaviestin kohderyhmäspesifiä toimivuutta ei pystytty osoittamaan, mutta viestien sisällöt koettiin silti eri tavalla kuluttajaryhmien välillä. Tämä kannustaa kehittämään menetelmää edelleen, sillä täydelliseksi hiottuna näin toteutettu interventio voi olla erittäin kustannustehokas työkalu terveydenhuoltojärjestelmän käytettäväksi. Räättälöinnistä on tullut tukea myös ulkomailta, sillä esimerkiksi Eyles & NiMhurchu (2009) osoittivat tutkimuksessaan, että räätälöidyillä menetelmillä toteutetut terveystkampanjat osoittautuivat räätälöimättömiä tehokkaammiksi.

Tutkimustulokset osoittivat, että räätälöidyt terveystviestit nostivat aikomusta vähentää tyydyttyneen rasvan käyttöä ruokavaliossa seuraavan kahden kuukauden aikana. Lisäksi muutkin mittaukset viittasivat siihen, räätälöidyt viestit puhuttelivat erityisesti ryhmiä, joille ne oli räätälöity. Viestintäkampanjan rinnalla on mahdollista luoda vuorovaikutusta kohderyhmään kuuluvien ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen välillä. Tämä mahdollistaisi selkeämpien tavoitteiden asettamisen terveystkäyttämisen muuttamiseen ja lisäksi tehokkaamman seurannan. Tällaisen vuorovaikutuksen tehoa voidaan lisätä entisestään, mikäli terveydenhuollon ammattilaisella on käytössään terveystilanteen lisäksi henkilön kuluttajaprofiili. Optimaalisin tuloksellisuus saattaa syntyä yhdistämällä matalan ja korkean intensiteetin interventioita.

Alhaisen intensiteetin terveysterventio vaatii käytettäväksi tarkat mittarit, jotta pienetkin muutokset tulosmuuttujissa, kuten ruokavalion laadussa, voidaan havaita. Suomessa aktiivisessa käytössä oleva Sydänliiton rasvan laatu -mittari ei suosiostaan huolimatta ole validoitu, eikä se ota huomioon esimerkiksi käyttömääriä (Liite 1). Käyttömäärien laiminlyönnistä saatiin palautetta myös niiltä tutkimukseen osallistuneilta, jotka olivat saaneet kyselyn yhteydessä Sydänliiton testin. Tämä ongelma tiedostettiin etukäteen, joten tätä tutkimusta varten kehitettiin tarkempi Rasvalistaus-testi (Liite 2). Rasvalistaus oli huomattavasti yksityiskohtaisempi Sydänliiton testiin verrattuna. Rasvalistausta työstettiin paljon ennen tutkimusta ja mittarin standardoimiseksi ja hiomiseksi tätä työtä kannattaa jatkaa. Rasvalistauksella saatiin tässä tutkimuksessa paremmin osoitettua muutoksia kuluttajaryhmien ravitsemuskäyttäytymisessä kuin Sydänliiton mittarilla. Kyseessä on potentiaalisesti merkittävä uusi työkalu esimerkiksi ravitsemusterapeuteille arvioitaessa henkilön tarvetta muuttaa syömiskäyttäytymistään.

Tutkimuksen tulosten mukaan naisten ruokavalio oli rasvan laadun suhteen parempi ja he uskovat miehiä merkitsevästi enemmän tyydyttyneen rasvan vaarallisuuteen ruokavaliossa. Tästä huolimatta miehet asennoituvat kevyempiin valintoihin naisia huomattavasti positiivisemmin. Tätä voi selittää osaltaan naisten positiivisempi suhtautuminen ruoan nautinnollisuutta ja makuelämyksiä kohtaan. Naisilla saattaa siis olla miehiä stereotyyppisempi kevyttuoteasenne, eli ruoan nautinnollisuutta arvostavina he saattavat uskoa, että kevyttuotteet eivät ole hyvän makuisia. Esimerkiksi Raghunathan ym. (2006) osoittivat tutkimuksessaan, että kuluttajalla on usein tiedostamaton taipumus kuvitella, että epäterveellinen ruoka on paremman makuista kuin terveellinen. Tämäkin osoittaa kuluttajaryhmien tuntemisen tärkeyden pyrittäessä muuttamaan henkilön terveyskäyttäytymistä.

Kuluttajatutkimuksella on monia toimivia työkaluja tarjottavanaan terveydenhuoltoalalla sovellettavaksi. Erityisesti tutkimuksessa käytetty terveystietopohjainen kuluttajaryhmittely (Geeroms ym. 2008a) toi uutta tietoa suomalaiseen terveyden edistämistyöhön. Kuluttajien terveystietojen eli sen, miksi hän haluaa olla terve ja elää terveellisesti, ymmärtäminen toimii erinomaisena lähtökohtana suunniteltaessa kenen tahansa terveystietojen muuttamista. Erilaisten riskiryhmien kulutustottumusten tunnistaminen palvelee niiden terveydellisten ongelmien ratkaisemista. Kuluttajat altistuvat nyky-yhteiskunnassa lähes päivittäin erilaisille viesteille, joissa kerrotaan miten elää terveellisesti. Monet näistä viesteistä käsittelevät pikemminkin muoti-ilmiöitä kuin varsinaisia terveydentilaa parantavia ohjeistuksia. Kuluttajat toisinaan tarttuvat innokkaasti näihin ravitsemustrendeihin, koska ne saattavat sopia heidän mieltymyksiinsä tai elämäntilanteeseensa, vaikka niiden pitkän aikavälin vaikutuksista ei ole takeita. Kun tällainen muodikas terveystietojen muuttaminen lisääntyy kuluttajien keskuudessa, niin yri-

tykset luonnollisesti ryhtyvät tarjoamaan ilmiön mukaisia tuotteita. Markkinoinnin ja kuluttajatutkimuksen menetelmiä paremmin ymmärtämällä terveydenhuoltojärjestelmä pystyy tehokkaammin puuttumaan elintarvikkeiden mahdollisesti harhaanjohtavaan markkinointiin.

5.3 Akateemiset implikaatiot

Terveyden tavoittelun perimmäiset syyt (Geeroms ym. 2008a) ovat suhteellisen uusi kuluttajien ryhmittelymenetelmä suomalaisessa kontekstissa. Uuden tutkimusmenetelmän tuominen suomalaiseen kuluttajatutkimukseen on sekä lisäarvo että haaste. Ainakin tässä tutkimuksessa uusi lähestymistapa osoitti toimivuutensa. Muodostetut kuluttajaryhmät osoittivat toisiinsa verrattuna erilaisia tuloksia käyttäytymistä ja asenteita mittaavissa kyselyissä. Lisäksi intervention vaikutukset erosivat ryhmien välillä toisistaan etenkin asennemuuttujien osalta.

Mitä sitten olisi voitu tehdä toisin? Menetelmäpuolella lähestymistapaa olisi voinut painottaa enemmän psykologisiin vastemuuttujiin, sillä intervention vaikutukset eivät yksinkertaisesti ehtineet näkyä fysiologisissa mittareissa. Tai vaihtoehtoisesti näitä terveyskäyttäytymismuuttujia olisi pitänyt seurata herkemmillä mittareilla. Painoindeksissä näkyvät muutokset jäivät pieniksi ja Sydänliiton mittariin ei reagoinut kovin voimakkaasti. Kuitenkin nämä mittarit antoivat tärkeää informaatiota kuluttajaryhmien terveyskäyttäytymisestä profilointivaiheen analyyseissa. Tätä tutkimusta varten luotu Rasvalistaus-mittari kykeni osoittamaan muutosta vastaajien ravitsemuskäyttäytymisessä lyhyelläkin aikavälillä. Tämän mittarin toimivuutta ehdittiin sen kehittämisen työläydestä johtuen kokeilemaan vain muutamilla koevastaajilla ennen varsinaista tutkimusta. Tästä syystä Rasvalistauksen rinnalla käytettiin varmuuden vuoksi Sydänliiton rasvan laatu -testiä. Tämä oli tämä ensimmäinen todellinen Rasvalistauksen kokeilu. Sen toimivuudesta saatiin erittäin rohkaisevaa tietoa ja sen kehitystyötä kannattaa jatkaa tulevaisuuden tutkimuksissa.

Interventiossa käytetyt uhkaviestit rakennettiin ammentaen suojelumotivaatio-, itse-ennuste- ja terveysmotiiviteorioita. Annettu uhkakuva liittyi sydän- ja verisuonitauteihin, jonka on todettu olevan suomalainen kansansairaus. Tämän uhkan välttämiseksi kehoitettiin viesteissä vähentämään tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa ja korostettiin muutoksen yksinkertaisuutta. Olisiko joku muu uhkakuva toiminut paremmin, tai olisiko räätälöinti pitänyt tehdä pohjautuen vieläkin spesifimpään kuluttajasegmenttiin? Uhkakuvan motivaationalisesta voimasta ja räätälöinnin toimivuudesta kertovat kasvanut aikomus vähentää tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa ja asennemuutokset. Kuten neljännen kappaleen

yhteenvedossa todettiin, niin aikomukset selittävät aikomukset noin 27 % varsinaisesta käyttäytymisestä. Lisäksi aikomuksen muuttuminen käyttäytymiseksi vaatii täsmällisten tavoitteiden asettamista (Sheeran 2002).

Olisiko viestinnässä voitu antaa selkeämpiä päämääriä tai ohjeita? aluksi uhkaviesteissä oli mainittu myös yleisimmät tyydyttyneen rasvan lähteet, mutta ne jätettiin pois tilarajoitteen takia. Fennis, Adriaanse, Stroebe & Pol (2011) kyseenalaistivat tutkimuksessaan perinteisten selkeän tavoitteiden kommunikaation ja käyttivät viesteissään sen sijaan hienovaraista suostuttelua. Menetelmä osoittautui toimivaksi, mutta aikomuksen siirtäminen toiminnaksi vaati silti suoraa vaikuttamista oleellisiin ajatusmekanismeihin käyttäytymisen taustalla. Vastaava asetelma tässä tutkimuksessa liittyy normatiivisen rasvauskomusten rooliin ja huomioimiseen. Joka tapauksessa sekä käsillä oleva että Fennisin ym. (2011) tutkimus antavat aihetta sille uskomukselle, että matalaintensiteettisiä, kustannustehokkaita ja silti tehokkaita terveysterventioita voidaan toteuttaa.

Yksi vaihtoehto voimakkaamman uhkareaktion tekemiseksi olisi ollut käyttää viesteissä oikeita kuvia piirrettyjen hahmojen tilalla. Käyttämällä piirrettyjä hahmoja saatiin viesteistä luotua tasalaatuisia ja keskenään helpommin verrattavia. Toisaalta päätöstä jättää räätälöimättömästä viestistä pois visuaaliset efektit voidaan kritisoida vertailtaessa viestien vaikutuksia. Kuitenkin viestien aiheuttamat reaktiot olivat kolmen pilottitestin jälkeen suurin piirtein samalla tasolla. Lisäksi luotaessa uhkakuviiin perustuvaa viestintää täytyy muistaa, että liian voimakkaiden pelkoefektien käyttäminen voi johtaa torjuntaan ja käänteisiin tuloksiin tavoitteiden kannalta (Abraham ym. 2005: 28–29). Piirroksiin perustuvat uhkaviestit olivat tässä mielessä turvallisempia kuin esimerkiksi oikeat kuvat paareilla makaavasta ylipainoisesta ihmisestä.

Noin neljäsosa interventioon osallistuneista ei enää usko siihen, että tyydyttyneen rasvan määrä on ongelma suomalaisessa ruokavaliassa. Silti tällä terveysterventymiseen vaikuttavalla tekijällä ei kuitenkaan sitten lopulta ollut näkyvää roolia esimerkiksi intervention vaikutuksissa. Kuluttajaryhmien muodostaminen eri loigikkoja hyväksi käyttäen osoittautui menestykselliseksi, sillä ryhmien väliset erot tulivat esiin terveydellisissä mittareissa. Esimerkiksi ruoka-asenteiden perusteella muodostetut kuluttajaryhmät osoittivat suurinta muutosta suhtautumisessa ruoan terveellisyyteen ja makuun intervention vaikutuksesta. Jatkossa kannattaakin analysoida intervention vaikutuksia erityisesti ruoka-asenteiden perusteella luoduissa kuluttajaryhmissä. Silloin kannattaa painottaa enemmän psykologisia vastemuutuja ja esimerkiksi ruokaan liitetävän elämäntyylin (ks. esim. Brunsø & Grunert 1995) mittaaminen voisi tuoda arvokasta lisäinformaatiota intervention toimivuusanalyysiin. Räätälöityyn uhkaviestintään perustuvan intervention toteutta-

minen osoittautui erittäin haasteelliseksi kokonaisuudeksi. Tämä tutkimusraportti tarjoaa ensimmäisen silmäyksen tämän Suomessa ainutlaatuisen kokeilun kattavaan aineistoon.

LÄHTEET

- Abraham, C. & Sheeran, P. (2005). The health belief model. *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognitive Models*. 2nd edition, ed. Conner, M. & Norman, P. Open University Press, McGraw-Hill Education. 28–80.
- Bender, H., Martin, I., & Raish, C. (2006). What motivates homeowners to protect themselves from wildfire risks in the WUI? *Wildfire and Fuels Management: Risk and Human Reaction*. Washington, DC: Resources for the Future.
- Berger, J. & Rand, L. (2008) Shifting signals to help health: Using identity signaling to reduce risky health behaviors. *Journal of Consumer Research* 35, 509–518.
- Brunner, E., Thorogood, M., Rees, K., & Hewitt, G. (2005). *Dietary advice for reducing cardiovascular risk*. UK: John Wiley & Sons, Ltd Chichester.
- Brunsø, K. & Grunert, K. (1995). Development and testin of a cross-culturally valid instrument: Food-related lifestyle. *Advances in Consumer Research* 22, 475–480.
- Cox, D., Koster, A. & Russell, C. (2004). Predicting intentions to consume functional foods and supplements to offset memory loss using an adaptation of protection motivation theory. *Appetite* 43, 55–64.
- Cox, N., & Bastiaans, K. (2007). Understanding Australian consumers perceptions of selenium and motivations to consume selenium enriched foods. *Food Quality and Preference* 18, 66–76.
- Elliot, A. J. & Devine, P. G. (1994). On the motivational nature of cognitive dissonance: Dissonance as psychological discomfort. *Journal of Personality and Social Psychology* 67, 382–394.
- Eyles, H.C. & Ni Mhurchu, C. (2009). Does tailoring make a difference? A systematic review of long-term effectiveness of tailored nutrition education for adults. *Nutrition Reviews* 67, 464–480.
- Fennis, B., Adriaanse, M., Stroebe, W. & Pol, B. (2011). Bridging the intention-behavior gap: Inducing implementation intentions through persuasive appeals. *Journal of Consumer Psychology* 21, 302–311.
- Fineli (2012). *Fineli – elintarvikkeiden koostumustietopankki*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla Internetistä: <http://www.fineli.fi/>.
- Gardner, C., Kiazand, A., Alhassan, S., Kim, S., Stafford, R., Balise, R., Kraemer, H. & King, A. (2007). Comparison of the Atkins, Zone, Ornish, and LEARN Diets for Change in Weight and Related Risk Factors Among Overweight

Premenopausal Women. *The Journal of American Medical Association* 297, 969–977.

Geeroms, N., Verbeke, W. & Van Kenhove, P. (2008a). Health advertising to promote fruit and vegetable intake: Application of health-related motive segmentation. *Food Quality and Preference* 19, 481–497.

Geeroms, N., Verbeke, W. & Van Kenhove, P. (2008b). Consumers' health-related motive orientations and ready meal consumption behavior. *Appetite* 51, 704–712.

Hakala, P. (2002). Proteiinidieetit jopa vaaraksi. *Hyvä Terveys* 5, 34–36.

Helakorpi, S., Laitalainen, E., Absetz, P., Torppa, J., Uutela, A. & Puska, P. (2007). Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys maakunnissa 1978–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2007. Saatavilla Internetistä http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b15.pdf.

Helakorpi, S., Paavola, M., Prättälä, R. & Uutela, A. (2009). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 2/2009. Saatavilla Internetistä <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/dcb684e6-d94f-4724-96d1-9f382492ac54>.

Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P., Virtanen, S. & Uutela, A. (2010). *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys: kevät 2010*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 15/2011. Unigrafia Oy – Yliopistopaino, Helsinki. Saatavilla Internetistä <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3>.

Helsingin sanomat 30.9.2011. Pekka Puska: *Voin syöni on ohimenevä muoti*. Saatavilla Internetistä: <http://www.hs.fi/talous/Pekka+Puska+Voin+sy%C3%B6ni+on+ohimenev%C3%A4+muoti/a1305546215739>.

Henson, S., Bandon, J., Cranfield, J., & Herath, D. (2010). Understanding the propensity of consumers to comply with dietary guidelines directed at heart health. *Appetite* 54, 52–61.

Hietaranta-Luoma, H-L., Karhu, H., Eromäki, H., Finne, M., Luomala, H., Nissinen, K., Nygård, S., Peltoniemi, A., Puolijoki, H., Tuuri, H. & Hopia, A. (2011). *Eteläpohjalaisten elämäntavat – millaisia ovat ja missä mennään? Taustalla terveyteen liitettäviin merkityksiin pohjautuva kuluttajaryhmittely*. Turun yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja.

Jilcott, S.B., Keyserling, T.C., Samuel-Hodge, C.D., Johnston, L.F., Gross, M.D. & Ammerman, A.S. (2007) Validation of a brief dietary assessment to guide counseling for cardiovascular disease risk reduction in an underserved population. *Journal of the American Dietetic Association* 107, 246–255.

Jussim, L. (2001). Self-fulfilling prophecies. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. s. 13830–13833. Elsevier Ltd.

Karhu, H., Luomala, H., Hietaranta-Luoma, H-L. & Hopia, A. (2011). *Terveellisyys ja maku samassa paketissa? Elintarvikkeiden ja hyvinvoinnin kokeminen erilaisia terveystarkoituksia arvostavien kuluttajien keskuudessa*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 164.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. (2008) *Terveystieteen edistämisen mahdollisuudet – Vaikuttavuus ja kustannusvaikutettavuus*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008:1. Helsinki: Yliopistopaino.

Kriss-Etherton, P., Eissenstat, B., Jaax, S., Srinath, U., Scott, L., Rader, J. & Pearson, T. (2001). Validation for MEDFICTS, a dietary assessment instrument for evaluating adherence to total and saturated fat recommendations of the National cholesterol education program Step 1 and Step 2 diets. *Journal of the American Dietetic Association* 101, 81–86.

Käypä hoito (2011). *Lihavuus (aikuiset), potilasversio*. Saatavilla Internetistä <http://www.terveysportti.fi/xmedia/khp/khp00017.pdf>.

Lagiou, P., Sandin, S., Weiderpass, E., Lagiou, A., Mucci, L., Trichopoulos, D. & Adami, H-O. (2007). Low carbohydrate–high protein diet and mortality in a cohort of Swedish women. *Journal of Internal Medicine* 261, 366–374.

Lennox, R.D. & Wolfe, R.N. (1984). Revision of the self-monitoring scale. *Journal of Personality and Social Psychology* 46, 1349–1364.

Lone, T., Pence, D., Levi, E., Chan, K. & Bienco-Simeral, S. (2009). Marketing healthy food to least interested consumers. *Journal of Foodservice* 20, 90–99.

Milne, S., Orbell, S., & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology* 7, 163–184.

Murray, C., Lauer, J., Hutubessy, R., Niessen, L., Tomijima, N. & Rodgers, A. (2003). Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet* 361, 717–725.

Murray-Johnson, L., Witte, K., Liu, W-Y., Hubbell, A.P., Sampson, J. & Morrison, K. (2001). Addressing cultural orientations in fear appeals: Promoting AIDS-protective behaviors among Mexican immigrant and African American adolescents and American and Taiwanese college students. *Journal of Health Communication* 6, 335–358.

Norman, P., Boer, H. & Seydel, E.R. (2005). Protection motivation theory. *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognitive Models*.

2nd edition, ed. Conner, M. & Norman, P. Open University Press, McGraw-Hill Education. 81–126.

Norušis, M.J. (2011). *IBM SPSS Statistics 19 Statistical Procedures Companion*. Pearson.

O’Cass, A. (2000). A psychometric evaluation of a revised version of the Lennox and Wolfe revised self-monitoring scale. *Psychology & Marketing* 17, 397–419.

Oakes, M.E. (2005). Stereotypical thinking about foods and perceived capacity to promote weight gain. *Appetite* 44, 317–324.

Parmenter, K. & Wardle, J. (1999). Development of a general nutrition knowledge questionnaire for adults. *European Journal of Clinical Nutrition* 53, 298–308.

Patterson, R.E., Satia, J.A., Kristal, A.R., Neuhouser, M.L. & Drewnowski, A. (2001). Is there a consumer backlash against the diet and health message? *Journal of the American Dietetic Association* 101, 37–41.

Paturi, M., Nieminen, R., Reinivu, H. & Ovaskainen, M-L. (2006). *Ruokien annoskuvakirja*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B11/2006. Saatavilla Internetistä http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b11.pdf.

Paturi, M., Tapanainen, H., Reinivu, H. & Pietinen, P. (2008). *Finravinto 2007 -tutkimus – The National FINDIET 2007 Survey*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B23 / 2008. Saatavilla Internetistä http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b23.pdf.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (1997). Tutkimussuunnitelman laadinta kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Kirjassa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.). *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY, s. 36–48.

Pohjois-Karjalan Kansanterveyden keskus (2006). *Pohjois-Karjala projekti*. Saatavilla Internetistä: <http://www.kansanterveys.info/yleista.html>.

Puska, P. (2012). *Kuluttajien elintarvikkeen terveellisyyden ja maun kokeminen: Brandin taikaa vai kohderyhmän sananvaltaa?* Vaasan yliopisto: Pro gradu -tutkielma.

Raghunathan, R., Naylor, R.W. & Hoyer, W.D. (2006). The unhealthy = tasty intuition and its effects on taste inferences. Enjoyment and choice of food products. *Journal of Marketing* 70, 170–184.

Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change, *Journal of Psychology* 91, 93–114.

Roininen, K., Tuorila H., Zandstra, E.H., de Graaf, C., Vehkalahti, K., Stubenitskyd, K., & Melad, D.J. (2001). Differences in health and taste attitudes and reported behaviour among Finnish, Dutch and British consumers: A cross-national validation of the Health and Taste Attitude Scales (HTAS). *Appetite* 37, 33–45.

Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiol Community Health* 56, 119–127.

Saba, A., Vassallo, M., Shephard, R., Lampila, P., Arvola, A., Dean, M., Winkelmann, M., Claupein, E. & Lähteenmäki, L. (2010) Country-wise differences in perception of health-related messages in cereal-based food products. *Food Quality and Preference* 21, 385–393.

Scarpa, R. & Thiene, M. (2011). Organic food choices and Protection Motivation Theory: addressing the psychological sources of heterogeneity. *Food Quality and Preference* 22, 532–541.

Siri-Tarino, P., Sun, Q., Hu, F. & Krauss, R. (2010). Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease. *American Journal of Clinical Nutrition* 91(3), 535–546.

Sheeran, P. (2002). Intention-Behavior relations: A conceptual and empirical review. In: Stroebe, W. & Hewstone, M. (eds), *European Review of Social Psychology* 12, 1–36.

Soininen, M. (1995). *Tieteellisen tutkimuksen perusteet*. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Turku: Pallosalama Oy.

Spangenberg, E., Sprott, D., Grohmann, B. & Smith, R. (2003). Mass-Communicated Prediction Requests: Practical Application and a Cognitive Dissonance Explanation for Self-Prophecy. *Journal of Marketing* 67, 47–62.

Suomen virallinen tilasto (2010). Väestön koulutusrakenne. Liitetaulukko 3. *Koulutustasoltaan korkeimmat ja matalimmat kunnat 2010*. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla Internetistä http://www.stat.fi/til/vkour/2010/vkour_2010_2011-12-02_tau_003_fi.html.

Sydänliitto (2010). *Testaa rasvan laatu*. Suomen Sydänliitto ry. Saatavilla Internetistä <http://www.sydanliitto.fi/rasvat1>.

Terveysatama (2012). *Protaus*. Saatavilla Internetistä: <http://terveysatama.blogspot.com/2012/03/protaus.html#more>.

THL (2012). *40-vuotias FINRISKI-tutkimus ottaa jälleen suomalaisten sydämistä mittaa*. Saatavilla Internetistä: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=28401.

Tilastokeskus (2010). *Väestö*. Saatavilla Internetistä: www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html.

Tilastokeskus (2012a). *Asuminen*. Saatavilla Internetistä: http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_asuminen.html

Tilastokeskus (2012b). *Koulutus*. Saatavilla Internetistä: http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_koulutus.html

Tilastokeskus (2012c). *Työmarkkinat*. Saatavilla Internetistä: http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_tyoelama.html

Thompson, R., Summerbell, D., Hooper, L., Higgins, J., Little, P. & Talbot, D. (2003). *Dietary advice given by a dietitian versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol*. John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK.

Torkkola, S. (2002). *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi.

Van Assema, P., Brug, J., Ronda, G. & Steenhuis, I. (2001). The relative validity of a short Dutch questionnaire as a means to categorize adults and adolescent to total and saturated fat intake. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 14, 377–390.

Wansink, B. & Chandon, P. (2006). Can “low-fat” nutrition lead to obesity? *Journal of Marketing Research* XLIII, 605–617.

Weinstein, N. (1993). Testing four competing theories of health-protective behaviour. *Health Psychology* 12, 324–333.

Wilson, B.J. (2007). Designing media messages about health and nutrition: What strategies are most effective? *Journal of Nutrition Education and Behavior* 39, S13–S19.

Witte, K. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior* 27, 591–615.

Witte, K., Mayer, G., & Martell, D. (2001). *Effective Health Risk Messages: A Step by Step Guide*. Sage Publications Inc.

YLE Uutiset (2010). *Rasvakeskustelu roihahti jälleen*. YLE – Terveys ja hyvinvointi. Saatavilla Internetistä http://yle.fi/uutiset/terveys_ja_hyvinvointi/2010/09/rasvakeskustelu_roihahti_jalleen_1977261.html.

LIITTEET

Liite 1. Sydänliiton rasvan laatu -testi ja pisteytystaulukko

Kuinka usein ja paljonko käytätte seuraavia ruokia ja juomia? Arvioi ruoan käyttöösi vastaamalla seuraaviin kysymyksiin sen perusteella, minkälainen ruokavaliosi on ollut viimeisen kahden kuukauden aikana. Mikäli ruoan kulutuksesi on esimerkiksi juhlapyhän tai jonkun muun erikoistapahtuman takia poikennut viimeaikoina normaalista, niin arvioi käyttöä sen mukaan, miten tavallisessa arjessa kulutat seuraavia elintarvikkeita. **Valitse joka kohdasta vaihtoehto, joka vastaa parhaiten ruokavalintojasi.**

1. Levitän leivälleni tavallisesti	Pisteet:
a) Voita tai rasvaseosta (<i>esim. Oivariini, Lahden leipälevite, Ma-kuisa</i>)	0
b) Margariinia, rasvaa vähintään 60% (<i>esim. Becel, Keiju, Flora</i>)	6
c) Kevyttä kasvispohjaista rasvalevitettä (<i>esim. Kevyt Becel, Becel pro.activ, Benecol, Oivariini Balancia</i>)	6
d) Kevyttä rasvaseosta (<i>esim. Kevyt levi</i>)	3
e) En mitään rasvaa	0
2. Valitsen leivälleni tavallisesti	Pisteet:
a) Kermajuustoa (<i>esim. Turunmaa, Oltermanni</i>), edam- tai emmentaalijuustoa tai sulatejuustoa (<i>rasvaa yli 17 %, esim. Olympia, Koskenlaskija</i>)	0
b) Kevytjuustoa tai kevyttä sulatejuustoa (<i>rasvaa enintään 17 %, esim. Oltermanni 17, Omega Edami</i>)	1
c) Kasvisrasvajuustoa (<i>esim. Julia, Julius, Oliivi Edami, Omega Edami</i>)	2
d) En käytä juustoa	2
3. Käytän leikkeleenä tavallisesti	Pisteet:
a) Meetvurstia	0
b) Leikkelemakkaraa (<i>esim. lauantai- tai Balkanmakkara, lenkki- tai maksamakkara</i>)	0
c) Kevyttä leikkelemakkaraa (<i>rasvaa noin 10 %, esim. kevyt lauantaimakkara</i>)	1
d) Vähärasvaista täyslihaleikkelettä (<i>esim. kalkkunaleike, keittokinkku tai lihahyytelö</i>)	2
e) En käytä leikkeleitä	2

- 4. Syön rasvaisia ruokia pääateriaalla (kuten pitsa, makkara tai rasvaiset lihakastikkeet)** Pisteet:
- a) Melkein päivittäin 0
 - b) Muutamia kertoja viikossa 1
 - c) Noin kerran viikossa tai harvemmin tai en lainkaan 3
- 5. Juon tai syön maitovalmisteita** Pisteet:
- a) Enimmäkseen rasvaisia maitovalmisteita (esim. A-piimä ja -jogurtti, Bulgarianjogurtti, viili, täysmaito) 0
 - b) Enimmäkseen vähärasvaisia maitovalmisteita (esim. ykkös- ja kevytmaito sekä ykkös- ja kevytviili) 1
 - c) Enimmäkseen rasvattomia tai hyvin vähärasvaisia maitovalmisteita (esim. rasvaton maito, -jogurtti tai -viili ja kasvisrasvajogurtti) 3
 - d) En käytä maitovalmisteita 3
- 6. Käytän ruoanvalmistuksessa tai syön ruokia, jotka on valmistettu käyttäen** Pisteet:
- a) Öljyä tai juoksevaa margariinia 2
 - b) Rasiamargariinia 2
 - c) Leivonta- eli kääremargariinia 1
 - d) Voita tai rasvaseosta 0
 - e) En käytä ruoanvalmistuksessa rasvaa 2
- 7. Käytän tai syön ruokia ja leivonnaisia, jotka on valmistettu käyttäen** Pisteet:
- a) Kermaa, smetanaa, ranskankermää (rasvaa yli 15 %) 0
 - b) Kevyitä vaihtoehtoja (rasvaa enintään 15 %, esim. kevyt ranskankerma, Crème Bonjour Cuisine, kermaviilit) 1
 - c) Kasvisrasvapohjaisia ruoanvalmistuskermoja ja -tuotteita (esim. Becel 7 %, Flora 7 %, GoGreen) 2
 - d) En käytä ruoanvalmistuskermoja tai -tuotteita 2
- 8. Käytän salaattinkastikkeena tavallisesti** Pisteet:
- a) Kasvisöljypohjaista salaattinkastiketta (esim. ranskalainen salaattinkastike tai sinappikastike) 4
 - b) Majoneesipohjaista tai -tyyppistä kastiketta (esim. Rhode Island) 3
 - c) Kermaviili- tai jogurttikastiketta 0
 - d) Mehukastiketta tai en mitään 0
- 9. Syön leivonnaisia tai muita rasvaisia tuotteita (esim. viineri, kakut, piirakat, suklaa, jäätelö)** Pisteet:
- a) Päivittäin tai melkein päivittäin 0
 - b) Muutamia kertoja viikossa 1
 - c) Kerran viikossa tai harvemmin 3

Mitä pisteet kertovat syömäsi rasvan laadusta:

0–9 p.	Liian kova juttu! Saat ruoastasi aivan liikaa kovaa eli tyydyttynyttä rasvaa ja liian vähän pehmeää eli tyydyttymätöntä rasvaa.
10–17 p.	Parantamisen varaa on. Ruokavaliosi rasvasta suurin osa on tyydyttynyttä rasvaa ja liian pieni osa tyydyttymätöntä rasvaa.
18–22 p.	Ihan hyvä! Saat ruokavalioistasi aika hyvin tyydyttymättömiä rasvoja.
23–27 p.	Mainiota! Ruokavaliosi laatu on kohdallaan.

Pisteitä tai pistemäärien selityksiä ei ollut mukana tutkimuksessa käytetyssä kyselylomakkeessa.

Liite 2. Rasvalistauksen pistelaskutaulukko

Rasvalistausmittari muodostui kyselystä, jossa seurattiin kuluttajien valintoja eri ruokatukatekategorioissa (kuinka paljon tyydyttynyttä rasvaa heidän käyttämässään tuotteessa on g/100g) ja kuinka monta kerta-annosta he nauttivat viikon aikana. Käytetyn tuotteen rasvaisuuden ja tuotteen viikoittaisen käyttömäärän perusteella vastaaja sai 0–5 pistettä. Vastaaja sai nolla pistettä, mikäli tuotteesta ei tullut yhtään tyydyttynyttä rasvaa, ja viisi pistettä, jos vastaaja sai tuotteesta päivittäin 21g tai enemmän tyydyttynyttä rasvaa. Alla olevaa pistetaulukkoa luetaan siten, että taulukon vasemmassa reunassa on lueteltu lihavoituna tuotekategoriat ja näiden alla on aakkosin merkitty eri tuotevaihtoehtojen tyydyttyneen rasvan määrä g/100g. Rasvan määrä on määritetty suoraan myyntipakkauksesta tai laskemalla keskiarvo markkinoilla olevista samantyyppisistä tuotevaihtoehdoista. Tuotekategorioiden oikealla puolella olevissa sarakkeissa on lukumäärällisesti ilmaistu, että kuinka monta kerta-annosta kuluttajan pitää nauttia ko. tuotetta viikossa saadakseen eri pistemääriä. Jokaisen tuotekategorian pisteet lasketaan lopuksi yhteen, ja mitä pienempi pistemäärä on, sitä parempi on ruokavalion laatu tyydyttyneen rasvan suhteen.

Maito (2dl/vko)	5p g/päivä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 3,5g/100g	≥ 21	20–16	15–11	10–6	5–1	0
b) 1,25g/100g	-	-	≤ 30	29–16	15–3	2–0
c) 0,1g/100g	-	-	-	-	-	0
Piimä (2dl/vko)	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 2,5g/100g	≥ 29	28–22	21–15	14–8	7–2	1–0
b) 1g/100g	-	-	≤ 36	35–21	20–4	3–0
c) 0,2g/100g	-	-	-	-	-	0
Jogurtti/viili (2dl/vko)	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 2g/100g	≥ 36	35–28	27–19	18–10	9–2	1–0
b) 1,5g/100g	-	-	≤ 25	24–13	12–3	2–0
c) 0,5g/100g	-	-	-	-	≤ 7	6–0
Vanukkaat (2dl/vko)	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
2,7g/100g	≥ 27	26–20	19–14	13–8	7–1	0
Jäätelö (2dl/vko)	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 15g/100g	≥ 10	9–8	7–5	4–3	2–1	0
b) 10g/100g	≥ 14	13–11	10–7	6–3	2–1	0
c) 9g/100g	≥ 16	15–12	11–8	7–4	3–1	0
d) 4g/100g	≥ 35	34–28	27–19	18–10	9–2	1–0

Marja- ja hedelmärahkak	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 3,5g/100g	≥ 21	20–16	15–11	10–6	5–1	0
b) 9,4g/100g	≥ 8	7–6	5–4	3–2	1	0
c) 5,2g/100g	≥ 14	13–11	10–7	6–4	3–1	0
Juusto keskiarvorasva - leipäalkm/16g	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 23,5g/100g	≥ 39	38–29	28–19	18–10	9–2	1–0
b) 11g/100g	≥ 80	79–60	59–40	39–20	19–8	7–0
Leikkele keskiarvorasva -leipäalkm/30g	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 30g/100g	≥ 16	15–11	10–8	7–4	3–1	0
b) 10g/100g	≥ 49	48–37	36–25	24–14	13–2	1–0
c) 5g/100g	≥ 98	97–74	73–50	49–28	27–15	14–0
Rasvavite keskiarvorasva -leipäalkm/5g	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 60g/100g	≥ 49	48–37	36–25	24–14	13–2	1–0
b) 32g/100g	≥ 91	90–70	69–48	47–26	25–5	4–0
c) 24g/100g	≥ 122	121–93	92–64	63–35	34–6	5–0
d) 17g/100g	≥ 172	171–131	130–90	89–49	48–8	7–0
e) 10g/100g	≥ 294	293–224	223–154	153–84	83–15	14–0
Liharuokat 120g annos	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 21,6g/100g	≥ 7	6–5	4–3	2	1	0
b) 12g/100g	≥ 12	11–9	8–6	5–3	2–1	0
c) 0g/100g	$\geq -$	-	-	-	-	0
Juusto ruoan- laitossa 30g/annos	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 23,5g/100g	≥ 20	19–15	14–10	9–5	4–1	0
b) 11g/100g	≥ 44	43–33	32–23	22–12	11–2	1–0
Ruokakerma 50g/annos	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
a) 30g/100g	≥ 9	8–7	6–5	4–3	2–1	0
b) 23g/100g	≥ 12	11–9	8–6	5–4	3–1	0
c) 12,5g/100g	≥ 23	22–17	16–12	11–7	6–1	0
d) 9g/100g	≥ 32	31–24	23–17	16–9	8–2	1–0
Sipsit/popkorni keskiarvorasva	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
30,6g/100g	$\geq 400g/vko$	$\geq 350g/vko$	$\geq 250g/vko$	$\geq 150g/vko$	$\geq 100g/vko$	0

Pähkinä keskiarvorasva	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
53,1g/100g	$\geq 250\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 200\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 150\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 50\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 10\text{g}/$ <i>vko</i>	0
Pitsa/ hampurilainen keskiarvorasva	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
10,7g/100g	$\geq 1300\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 1000\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 700\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 400\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 100\text{g}/$ <i>vko</i>	0
Pasteijat keskiarvorasva	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
19,3g/100g	$\geq 750\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 580\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 400\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 200\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 40\text{g}/$ <i>vko</i>	0
Pullat keskiarvorasva	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
8,9g/100g	$\geq 1600\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 1200\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 860\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 470\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 80\text{g}/$ <i>vko</i>	0
Kakut/ leivonnaiset keskiarvorasva	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
25 g/100g	≥ 6	5–4	3	2	1	0
Keksit Teollinen ka.	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
19,1g/100g	$\geq 750\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 580\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 400\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 200\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 40\text{g}/$ <i>vko</i>	0
Suklaa Teollinen ka.	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
28,9g/100g	$\geq 500\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 380\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 400\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 250\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 25\text{g}/$ <i>vko</i>	0
Toffee Teollinen ka.	5p g/pvä ≥ 21	4p 20–16	3p 15–11	2p 10–6	1p 5–1	0p 0
12,3g/100g	$\geq 1200\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 900\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 600\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 300\text{g}/$ <i>vko</i>	$\geq 50\text{g}/$ <i>vko</i>	0

Liite 3. Yksilöllinen uhkaviesti



40%*
kuolemantapauksista
Suomessa selittyy
sydän- ja
verenkiertoelinten
sairauksilla.

Tämän sairauden myötä menetät mahdollisuutesi itsesi toteuttamiseen ja menestyksekkäseen elämään.

Sydän- ja verisuonisairauksia ehkäiseviin toimenpiteisiin voidaan kuitenkin ryhtyä. Mitä aikaisemmin elämässä nämä toimet aloitetaan, niin sitä pienempi on sydän- ja verisuonisairauksien riski. Tyydyttynee rasvan vähentämisen ruokavaliossa on tieteellisesti osoitettu ehkäisevän sydän- ja verisuonisairauksia laskemalla veren kolesterolitasoa, vähentämällä verisuoniston rasvakertymää ja alentamalla verenpainetta. Useimmilla suomalaisilla aikuisilla on tiedolliset ja toiminnalliset kyvykkyudet ja mahdollisuudet vähentää tyydyttynee rasvan määrää ruokavaliossaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan ravitsemustavoitteisiin päästään käytännössä, kun päivittäin nautitaan monipuolisesti kasvisvoittoista kohtuurasvaista, vain vähän tyydyttynyttä rasvaa sisältävää vähäsuolaista ja kiutupoista ruokaa. Ja vaikka tämä muutos vaatii hienan aikaa ja vaivannäköä, niin useimmille aikuisista nämä uhrukset eivät ole ylitsepääsemättömiä: varsinkin kun niitä ajattelee saavutettaviin hyötyihin.

Tuloksia voidaan saavuttaa jo parissa kuukaudessa!

KYSY ITSELTÄSI,
tuletko vähentämään tyydyttynyttä rasvaa sisältävän ruoan syöntiä?

* Sydänliitto, Finriski 2007 -tutkimus

Liite 4. Sosiaalinen uhkaviesti



40%* kuolemantapauksista Suomessa selittyy sydän- ja verenkiertoelinten sairauksilla.

Sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet ovat yksi yleisimmistä työkyvyttömyyden syistä.*

Tämän sairauden myötä menetät mahdollisuutesi yhdessäoloon itsellesi tärkeiden ihmisten kanssa, muista välittämiseen ja heidän tukemiseensa.

Sydän- ja verisuonisairauksia ehkäiseviin toimenpiteisiin voidaan kuitenkin ryhtyä. Mitä aikaisemmin elämässä nämä toimet aloitetaan, niin sitä pienempi on sydän- ja verisuonisairauksien riski. Tyydyttyneen rasvan vähentämisen ruokavaliossa on tieteellisesti osoitettu ehkäisevän sydän- ja verisuonisairauksia laskemalla veren kolesterolitasoa, vähentämällä verisuoniston rasvakertymää ja alentamalla verenpainetta. Useimmilla suomalaisilla aikuisilla on tiedolliset ja toiminnalliset kyvykkyudet ja mahdollisuudet vähentää tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossaan. Terveiden ja hyvinvoivien laitojen mukaan ravitsemustavoitteisiin päästään käytännössä, kun päivittäin nautitaan monipuolisesti kasvisvoittoista kohtuuraasvaista, vain vähän tyydytynyttä rasvaa sisältävää vähäsuolaista ja kuitupitoista ruokaa. Ja vaikka tämä muutos vaatii hieman aikaa ja vaivannäköä, niin useimmille aikuisista nämä uhraukset eivät ole ylitsepääsemättömiä; varsinkin kun niitä ajattelee suhteessa saavutettaviin hyötyihin.

Tuloksia voidaan saavuttaa jo parissa kuukaudessa!

KYSY ITSELTÄSI, tuletko vähentämään tyydytynyttä rasvaa sisältävän ruoan syöntiä?

* Sydäniltiro, Finriski 2007 -tutkimus

Liite 5. Yleinen uhkaviesti

Elämäntavoilla on ratkaiseva merkitys ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille.

Sydänterveyttä edistävät terveellinen ruoka, liikunta ja tupakoimattomuus. Ne ovat olennainen osa sydän- ja verisuonitautien ehkäisyä ja hoitoa.

Pääosin myönteisestä kehityksestä huolimatta sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet aiheuttavat yli 40 % kaikista kuolemista ja ovat yksi yleisimmistä työkyvyttömyyden syistä. Finriski 2007 -tutkimuksen mukaan noin 60 % suomalaisista veren kokonaiskolesterolipitoisuus on edelleen yli suositellun (5,0 mmol/l).

Kohonnut verenpaine (> 140/90) on 62 % miehistä ja 36 % naisista.

Suomalaismiehistä normaalipainoisia on enää 33 % ja naisista 48 %.

Lihavia (painoindeksi yli 30) on jo yli 20 % työikäisistä naisista ja miehistä.

Tärkeimpinä syinä myönteiseen kehitykseen pidetään väestön ruokatottumuksen muutoksia: kokonaisrasvan ja erityisesti tyydyttyneen rasvan saannin vähentymistä sekä kasvien ja hedelmien käytön lisääntymistä. Ravitsemuksella on keskeinen vaikutus suomalaisten sydänterveeseen. Käytännössä ravitsemustavoitteisiin päästään, kun päivittäin nautitaan monipuolisesti kasvisvalintoista, kohtuurasvaista, vain vähän tyydytynyttä rasvaa sisältävää vähäsuolaista ja kuitupitoista ruokaa.

Tavallisesta monipuolisesta ruoasta saadaan kaikki tarvittavat ravintoaineet. Tuloksia voidaan saavuttaa jo parissa kuukaudessa!